Rodolfo Papa
Mario Durand
Marino Di Gregorio

booksmedicos.org

Interrogatorio y Anamnesis

2da Edición

INTERROGATORIO Y ANAMNESIS

2da Edición, 2009

Copyright 2009. **EDITORIAL DISINLIMED, C.A.**
AV. Los Ilustres, Edif. Doña Rosa, Los Chaguaramos,
Caracas, Venezuela.
Teléfonos: (0212) 693.10.03
Fax: 693.11.47

Diseño y Diagramación: Lic. Giovanni Chacón H. **E-Mail:** giovachacon@yahoo.com

Impreso por: Graficas Narea, C.A

IBSN: 978-980-7174-01-5
Depósito Legal: Nº If47120098003449

Los editores y colaboradores presentan temas de actualidad en los cuales los procedimientos y la dosificación de los medicamentos están tomados de las recomendaciones actuales que aparecen en la literatura universal. Por lo tanto, ante los posibles errores humanos o cambios en la medicina, ni los editores ni los colaboradores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de esta obra garantiza que la información contenida en ella sea precisa o completa, y tampoco son responsables de los posibles errores u omisiones de resultados con la información obtenida. Sería recomendable recurrir a otras fuentes de información para tener certeza de que la misma en este escrito es precisa.

Esto es de particular importancia en relación a los fármacos nuevos o de uso no frecuente. Sería recomendable también consultar a las empresas farmacéuticas para conseguir información adicional si es necesario.

HECHO DEPÓSITO LEGAL

Prohibida la reproducción parcial o total del material editorial o gráfico de esta publicación sin previa autorización escrita del editor. El esfuerzo y entrega de médicos colegas hicieron posible terminar este proyecto. Fotocopiarlo es una forma de irrespetarse e irrespetar el trabajo y dignidad de los autores.
Gracias por su apoyo de adquirir un original.

La Editorial

Págs.

Prefacio.....5

PARTE I
Etiología. Procesos Morbosos.....11
La Historia Clínica.....23
Ejemplos de Interrogatorios.....43
Guía para el Interrogatorio.....49
Los Antecedentes Personales.....53
Ejemplos de Interrogatorios de los Antecedentes Personales Obtenidos de Pacientes Hospitalizados o de Consulta Externa del Hospital Universitario y de Pacientes Privados.....111
Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Personales.....133
Los Antecedentes Familiares y los Hábitos Psico-biológicos.....143
Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Familiares y Hábitos Psico-sociales.....155

PARTE II
Examen Funcional de Sistemas y Aparatos.....161
Ejemplos de Interrogatorios.....243
Guía para el Interrogatorio del Examen Funcional de Sistemas y Aparatos.....283

booksmedicos.org

Prefacio

Todo aquel que escribe una obra para el apoyo de la enseñanza de una determinada disciplina, debe tener, de un lado su manuscrito, y del otro, al alumno. Se ha escrito este texto teniendo en cuenta las dificultades de los alumnos.

Con esto en la mente, dimos nuestro primer paso; elaboramos un manuscrito que incluyera la metodología de aprendizaje. Pero al ponerlo en práctica surgió un obstáculo mayor, al darnos cuenta que los estudiantes tenían un gran impedimento en realizar la entrevista de los pacientes. Nos dedicamos a la búsqueda de estas dificultades y al interrogar a los mismos estudiantes, formularon las siguientes preguntas: a) ¿Qué es los que debemos conocer?; b) ¿Qué es lo que debemos preguntar?; c) ¿Cómo debemos preguntar?; d) ¿Qué es lo más importante?; e) ¿Cómo debemos redactar lo interrogado?

Así, con el manuscrito y las respuestas formuladas por los estudiantes, surge esta Obra, que no es más que la respuesta a la petición estudiantil y cumple con cuatro finalidades:

1) *Ayudar al estudiante*
2) *Resumirle los aspectos más importantes*
3) *Citarles ejemplos de interrogatorios y redacción*
4) *Darle una guía para el interrogatorio*

La expresión "Proceso Enseñanza Aprendizaje" suele evocar diferentes conceptos en las personas. En lo que se refiere a proceso, el diccionario ofrece la siguiente definición: "Fenómeno que se modifica a través del tiempo"; de acuerdo a esta definición un

proceso es "algo dinámico". Ahora bien, como en todo proceso, el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje esta en contínuo cambio, por lo tanto, todo estudio del Proceso Enseñanza Aprendizaje implica que su dinámica ha sido detenida.

Pasemos ahora a definir los términos Enseñanza: Literalmente el termino Enseñanza significa mostrar, exponer algo, y también literalmente Aprendizaje significa adquirir conocimientos. Cuando estos términos se aplican a la Educación y se relaciona con una finalidad: enseñanza o exponer algo: función del educador; aprendizaje, conocer, memorizar; función del educando. Cuando estos dos conceptos se hicieron praxis en el proceso enseñanza-aprendizaje, la función esencial la cumplia la enseñanza que estaba a cargo del educador. La siguiente función en rango de importancia paso a ocuparla "lo que se enseñaba", es decir, el educando, que era un receptor pasivo de materias y contenidos expuestos por el educador.

En consecuencia, en el proceso enseñanza-aprendizaje, la enseñanza tenía una función expositiva e impositiva. El aprendizaje a su vez tenía una función receptiva y pasiva. En las ultimas décadas de este siglo la experimentación científica ha permitido dar una "definición del proceso enseñanza aprendizaje". Se define el aprendizaje basándose en las relaciones del individuo con su medio natural y su medio ambiente social.

Aprendizaje son los cambios cognoscitivos, afectivos y psicomotores que experimenta el individuo como consecuencia de su interacción con el medio ambiente natural y social.

De la definición de aprendizaje se puede inferir la definición de la enseñanza. Ensenar es dirigir el aprendizaje con técnicas apropiadas, para generar en el educando cambios planificados: cognoscitivos, afectivos y psicomotores. Es decir, que la actividad del proceso enseñanza-aprendizaje exige cambios importantes en el educando, que apuntan hacia la realización de una meta útil, para operar en su medio ambiente.

Este fasciculo, que forma parte de una serie de temas de los SÍNDROMES más importantes, inicia al estudiante en el interrogatorio o anamnesis, pilar fundamental de toda buena Historia Clinica y que facilita enormemente la relación médico-paciente.

LOS AUTORES

PARTE I

- Etiología. Procesos Morbosos.....*11*
- La Historia Clínica.....*23*
- Ejemplos de Interrogatorios.....*43*
- Guía para el Interrogatorio *49*
- Los Antecedentes Personales.....*53*
- Ejemplos de Interrogatorios de los Antecedentes Personales Obtenidos de Pacientes Hospitalizados o de Consulta Externa del Hospital Universitario y de Pacientes Privados.....*111*
- Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Personales.....*133*
- Los Antecedentes Familiares y los
- Hábitos Psico-biológicos.....*143*
- Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Familiares y Hábitos Psico-sociales.....*155*

booksmedicos.org

Etiología

Procesos Morbosos

DEFINICIÓN

La etiología (etio = causa) es aquella parte de la patología que estudia las causas de los procesos morbosos.

La enfermedad, en la mayor parte de los casos, no resulta de la acción directa del agente agresor sino de las reacciones del organismo agredido.

En ciertas enfermedades es fácil reconocer que los agentes o factores causantes son externos al organismo; en estos casos se habla de factores etiológicos EXÓGENOS. Otras veces la enfermedad parece estar relacionada con factores internos al organismo, por eso de habla de factores ENDÓGENOS.

La oposición entre ambos grupos de factores es más aparente que real. Todo ser humano vive en un medio exterior que influye, al menos en parte, sobre su medio interior, y a su vez, este va a acondicionar la acción de aquel.

El estudio de los mecanismos por los cuales se producen los trastornos funcionales y las lesiones anatómicas de la enfermedad es lo que se conoce con el nombre de PATOGENIA. Pero es tan evidente la relación entre acción etiológica y mecanismos patogénicos, que muchas veces hablamos de ETIOPATOGENIA.

Son tan numerosos los agentes capaces de desencadenar enfermedad, que no existe una sola fuerza en la naturaleza

que actuando con determinada intensidad, no sea capaz de suscitar un trastorno en nuestro organismo.

La lista de los factores etiológicos es tan extensa como la propia naturaleza del universo.

En algunas enfermedades tiene acción preponderante algún agente etiológico, y hablamos entonces de enfermedad de agente específico. En otras enfermedades no se conoce aun tal tipo de agente, y entonces ellas se consideran como esenciales, criptogenéticas o idiopáticas.

Es importante mencionar el papel que asume en la medicina moderna el médico, quien al utilizar drogas, radiaciones o actos quirúrgicos, se convierte en agente etiológico de numerosos trastornos; es lo llamado IATROGENIA.

En resumen, los agentes etiológicos son muy diversos, sin embargo, se pueden clasificar de acuerdo a su naturaleza, ya que ellos tienden a tener una patogenia más o menos similar.

I. AGENTES INFECCIOSOS

Las enfermedades infecciosas reconocen como agente etiológico a seres vivos, pertenecientes a los reinos vegetal y animal. Al reino animal pertenecen los parásitos, protozoarios y metazoarios: los protozoarios son seres unicelulares y los metazoarios (helmintos) son pluricelulares, siendo estos últimos los más importantes en patología humana.

No podemos dejar de considerar el papel de los artrópodos (garrapatas, pulgas, piojos, zancudos, etc.) que actúan como vectores y otros mamíferos mayores como aves, rabipelados, etc., que actúan como reservorios de parásitos y gérmenes. Pertenecen al reino vegetal los virus, hongos, bacterias y rickettsias.

Las bacterias son unicelulares con protoplasma y sustancia nuclear; unas requieren para su multiplicación oxigeno (aerobiosis), otras no lo requieren (anaerobiosis). Dependiendo de algunas propiedades tintoriales, se dividen en Gram positivas y Gram negativas.

Las rickettsias son algo mas pequeñas que las bacterias y su multiplicación es exclusivamente endocelular.

Los virus son los mas pequeños conocidos, solo se reproducen en el interior de la célula que parasitan. En su composición química contienen ADN o ARN.

Los hongos son vegetales desprovistos de clorofila, que viven en forma de levaduras, en los tejidos y en los cultivos, en forma de micelios.

Etiopatogenia

Las infecciones por agentes vivos no siempre se traducen en enfermedad, ya que en ocasiones se sirven del huésped sin perjudicarlo, (Comensalismo) o con beneficio para ambos, (Simbiosis) o causando enfermedad (Patógenos).

Los agentes patógenos penetran por las barreras fisiológicas (piel y mucosas), produciendo efectos nocivos por cinco mecanismos:

1. Producen una respuesta inflamatoria en los tejidos como consecuencia de su reproducción con infiltración de polimorfonucleares y edema del intersticio; ejemplos: bacterias y hongos. Son muy pocas las bacterias y parásitos intracelulares; ejemplos: gonococos y algunos hongos como el Histoplasma capsulatum.
2. Producen efectos directos sobre las células por ser parásitos intracelulares, utilizando el sistema enzimático de la célula para su reproducción, para luego destruirla, (citólisis) como acontece con los virus.
3. Mediante la producción de toxinas (endotoxina y exotoxina) que interfieren con los mecanismos bioquímicos de las células; ejemplo: tétanos.
4. Despertando procesos inmunológicos anormales que al depositarse en los tejidos producen una respuesta inflamatoria, como acontece en la glomerulonefritis aguda postestreptocóccicas.

booksmedicos.org

5. Por último, produciendo una acción de irritación local sobre el aparato digestivo y/o expoliando nutrientes y vitaminas o interfiriendo con su absorción, como sucede con los parásitos (tenias, necator, etc.).

En determinadas ocasiones los parásitos pueden alcanzar los tejidos y producir respuestas inflamatorias y necrosis; ejemplo: Entamoeba histolítica.

II. AGENTES QUIMICOS Y TOXICOS

Todas las sustancias químicas pueden producir trastornos funcionales u orgánicos si actúan sobre el organismo en cantidad y concentración suficientes. Ejemplos: el agua, la sal y la glucosa administradas en cantidades excesivas por vía parenteral, pueden originar lesiones celulares irreversibles.

Etiopatogenia

Los agentes químicos y los tóxicos pueden producir trastornos bien sea por la penetración en el organismo en forma accidental, voluntaria o terapéutica. El efecto que producen depende en gran parte de la vía de penetración (piel, aparato digestivo, vía respiratoria), de la concentración, del tiempo de acción y de la naturaleza del agente.

De una manera general los ácidos producen quemaduras por coagulación de proteínas, mientras que los álcalis producen saponificación de las proteínas. Es importante conocer que estas lesiones de los tejidos al cicatrizar producen estenosis (estrechez), o cicatrices viciosas que limitan la función del órgano.

III. AGENTES FÍSICOS

En el ambiente actual que vive el hombre existe un gran número de agentes que pueden ser causantes de procesos morbosos. Consideramos a continuación las lesiones producidas por agentes traumáticos, variaciones de la temperatura (frio y calor),

la electricidad variaciones de la presión atmosférica, el ruido y las radiaciones.

Etiopatogenia

a) Agentes mecánicos traumatizantes:

Cualquier objeto que choque con el cuerpo humano puede producir lesión por: presión, tracción, torsión; resultando lesiones locales o generales.

Las reacciones locales difieren según el agente traumático y el sitio donde actúa la fuerza mecánica (piel, hueso, vísceras). A nivel del cráneo, además de las lesiones de piel y hueso, pueden producirse lesiones de encéfalo y hematomas epidurales y subdurales.

Las reacciones generales son las resultantes de hemorragias, choque traumático, infecciones y embolias gaseosas y grasosas.

b) Variación de la temperatura:

El organismo humano tiene temperatura casi constante y tolera variaciones pequeñas de la temperatura. El calor y el frio son capaces de producir lesiones. El calor produce sobre los tejidos, quemaduras, que varían según el tipo, el grado de calor y el tiempo de contacto. El calor seco diseca los tejidos, el húmedo produce su coagulación.

Cuando el calor es del ambiente, en el organismo se produce: vasodilatación cutánea y transpiración. Cuando estos mecanismos son insuficientes, se puede producir agotamiento por el calor, deshidratación, calambres musculares, fiebre y pérdida de la conciencia.

El frio cuando es intenso produce congelamiento con cristalización del agua celular, vasoconstricción con anoxia e infarto tisular.

c) Energía eléctrica:

La corriente eléctrica, sea natural, como el rayo, o la industrial, produce lesiones en los tejidos dependiendo de varios

booksmedicos.org

factores: tipo de corriente, intensidad, voltaje, tiempo de acción, trayecto corporal y estado de aislamiento del sujeto.

La corriente continua produce electrolisis de los componentes celulares, necrosis celular y excitación de la contracción muscular.

La corriente alterna genera calor, que es la causa de la necrosis en el punto de aplicación, y más profundamente, dependiendo de la intensidad y voltaje de la corriente; además produce efecto tetanizante para los músculos, lo que la torna peligrosa por impedir soltar con la mano con que se tiene agarrado el conductor; al igual que la acción del rayo, puede producirse parálisis respiratoria, fibrilación y paro cardíaco.

d) Variación de la presión atmosférica:

1. ***Las explosiones:*** originan desplazamiento brusco de masas de aire con ondas de compresión y descompresión sucesivas, con efecto sobre las vísceras de estallido y hemorragia.
2. ***El buceo:*** a grandes profundidades produce la dilución del nitrógeno del aire en el plasma, que repercute sobre las funciones psíquicas; a su vez, la brusca descompresión origina la formación de burbujas de nitrógeno en la sangre con la obstrucción de la circulación (embolia gaseosa).
3. ***Altitud:*** en la altitud disminuye la presión parcial de oxigeno y por encima de los 4.000 metros se produce la hipoxemia severa, que puede causar inconciencia, disnea, colapso circulatorio y muerte.
4. ***Ruido:*** los ruidos excesivos pueden ser lesivos para el oído y producir sordera definitiva, además afectan la esfera psíquica produciendo fatiga, disminución de la atención e irritabilidad.
5. ***Radiaciones:*** las radiaciones producen ionización en las células de los tejidos que atraviesan. Como consecuencia de ello se alteran las enzimas celulares y los cromosomas produciendo muerte celular, mutación genética y acción carcinogénica.

IV. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Las degeneraciones, son lesiones celulares reversibles, no mortales; pero si los factores etiológicos son de acción intensa, a la degeneración puede seguirle la necrosis.

Las degeneraciones son debidas a trastornos bioquímicos intracelulares, muchos de ellos aun no bien dilucidados y que afectan a los hidratos de carbono, lípidos y proteína:

a) Hidrocarbonada:

Se observa en la deficiencia de enzimas del metabolismo en el hígado y otros órganos, como por ejemplo en la enfermedad de von Gierke.

b) Lipídica:

Las modificaciones del metabolismo graso en su forma de hiperlipidemias con depósitos de grasa en la intima de las arterias originando ateroesclerosis; o bien infiltrando órganos como el hígado, corazón y riñón.

c) Proteica:

Toma forma de degeneración turbia, vacuolar, hialina y amiloide, y se hacen visibles en los riñones, corazón e hígado.

Al considerar la citología de dichas enfermedades es importante mencionar múltiples factores como la herencia, dieta, edad y sexo.

V. ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

La neoformación o neoplasia es una alteración de células y tejidos caracterizada por un crecimiento excesivo y patológico que puede ocurrir en cualquier tejido del organismo.

Cuando el crecimiento se efectúa localmente conservándose la diferenciación celular, se denominan tumores benignos, produciendo lesión por ocupación de espacio, por compresión sobre estructuras vitales o produciendo hormonas.

booksmedicos.org

Cuando la diferenciación celular está perdida y su crecimiento infiltra tejidos vecinos, pudiendo originar crecimientos secundarios alejados (metástasis), se denominan tumores malignos.

Los tumores malignos producen lesiones por los siguientes mecanismos:

a) Producción de sustancias químicas con acción hormonal (enfermedades asociadas a neoplasias).

b) Sustitución de parénquima, ocupando espacios dentro del parénquima normal.

c) Compresión de la neoplasia primaria o sus metástasis sobre estructuras vitales.

d) Crecimiento del tejido tumoral en órganos a distancia.

VI. ENFERMEDADES METABÓLICAS

Se denominan enfermedades metabólicas aquellas donde existen trastornos bioquímicos en el metabolismo de los glúcidos, prótidos y lípidos. Las más importantes son las siguientes:

a) ***De los glúcidos:*** la más frecuente es la diabetes sacarina, donde existe un déficit absoluto o relativo de insulina con hiperglicemia y glucosuria. Además existen transtornos en el metabolismo intermedio, así como depósitos anormales en la membrana basal de los capilares, originándose la microangiopatía diabética.

b) ***De los lípidos:*** la más común de las enfermedades con alteración de los lípidos es la obesidad; esta tiene casi siempre por causa, un aumento en la ingesta calórica que excede los requerimientos energéticos del individuo; acumulándose grasa en el tejido subcutáneo y otros tejidos.

c) ***De las proteínas:*** Entre las alteraciones metabólicas de las proteínas podemos mencionar la gota, debida a un

trastorno hereditario autosómico con mayor penetración en los varones. La gota, se produce por la acumulación en los tejidos, del ácido úrico, producto final del metabolismo de las nucleoproteínas.

VII. ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

Si bien la inmunidad representa un complicado mecanismo para la defensa del huésped en contra de agente exógenos y endógenos, en determinadas circunstancias, estos mismos originan enfermedades que se pueden resumir en:

a) ***Alergias:*** La alergia es un término que se ha extendido para explicar lo contrario de la inmunidad; es debida a un mecanismo inmunológico anormal, adquirido y específico, caracterizado por una respuesta anómala frente a un antígeno que no muestran los demás individuos de la misma especie.

b) ***Anafilaxia:*** Descubierta por Richet y Portier en 1902; estos autores hallaron que la primera inyección intravenosa a perros, de un extracto de anémona de mar, era, en dosis pequeñas, relativamente inocua, pero si se practicaba una segunda inyección unas semanas más tarde, esta misma dosis producía una grave sintomatología, que frecuentemente conducía a la muerte del animal por choque, debido al estancamiento sanguíneo en el área esplácnica. Sus descubridores definieron este trastorno así: "Llamamos anafilaxia (contrario a la filaxis), a la propiedad de un veneno, de disminuir, en lugar de reforzar, la inmunidad, cuando es inyectado en dosis no mortales".

c) ***Autoinmunidad:*** La autoinmunidad es un término incorrectamente empleado, ya que los fenómenos son de autosensibilización o autoalergia y la enfermedad es una autoagresión. En la autoinmunidad antígenos

booksmedicos.org

exógenos similares a los del organismo o bien componentes de tejidos endógenos alterados, despiertan una respuesta inmunológica en contra de los tejidos del huésped.

VIII. ENFERMEDADES GENÉTICAS

Todo individuo al ser concebido, hereda de sus progenitores características morfológicas, fisiológicas y psicológicas. Ellas provienen de los genes y estas características originan al genotipo. Ahora bien, los factores ambientales, tales como el clima, la alimentación, las enfermedades, educación, etc., condicionan expresiones diferentes al genotipo. El resultado del genotipo más los factores ambientales (perístasis) originan el fenotipo, o sea, el sujeto tal como se manifiesta.

Se denominan enfermedades genéticas, aquellas debidas a las alteraciones en los cromosomas o en los genes, traducidas generalmente por defectos cuantitativos (Talasemia) o cualitativos que afectan a enzimas o grupos de enzimas. Ejemplos: la hemofilia, parahemofilia, depranocitosis.

IX. ENFERMEDADES FUNCIONALES

Son aquellas enfermedades que resultan de alteraciones y anomalías del pensamiento, de los sentimientos, de las emociones, de la conducta, de las relaciones interpersonales y de la adaptación social y profesional.

Es importante señalar que para catalogar a un paciente como portador de una enfermedad psíquica, debe descartarse previamente una enfermedad somática. Son muy escasos los conocimientos actuales sobre la patogenia de las enfermedades psíquicas y posiblemente guarden relación con los complicados mecanismos de autorregulación nerviosa.

X. ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Son aquellos trastornos debidos a la disfunción de las glándulas endocrinas. Las glándulas endocrinas pueden producir trastornos por tres mecanismos:

a) Presencia de adenomas que producen exceso de hormonas: Hiperfunción.

b) Lesión de las glándulas que hace que produzcan menos cantidad de hormonas: Hipofunción.

c) Alteración de la glándula en tamaño y consistencia, sin alteración de la función.

XI. ENFERMEDADES POR AGENTES OPORTUNISTAS

Desde hace un poco más de dos décadas, la humanidad entera se ha visto afectada por una forma y expresión de enfermedades que tienen en común un déficit adquirido de la inmunidad, especialmente la mediada por células. Abriendose el campo a una serie de enfermedades debida a agentes poco patógenos y a la aparición de tumores con expresión clínica y localización anteriormente rara vez vista. El SIDA debido al VIH, el tratamiento con radioterapia y poliquimioterápia, la inmunosupresión por trasplantes de órganos abren un reto a la nueva generación de médicos.

XII. ENFERMEDAD DEL ESPACIO

El hombre del futuro en la época interplanetaria estará sometido a velocidades impredecibles y a condiciones de presiones, temperatura y gravedad variable que de alguna u otra forma afectarán los órganos y sistemas y cuyo conocimiento apenas empiezan a dilucidarse.

booksmedicos.org

La Historia Clínica

CONSIDERACIONES GENERALES

La Historia Clínica se puede definir como: La narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos actuales relativos a un enfermo, que sirve de base para un juicio definitivo de la enfermedad que lo afecta. Resume la herencia, hábitos, constitución, fisiología, y psicología, así como el medio ambiente y si es posible, la etiología, el tratamiento y la evolución de la enfermedad que acontece en un paciente.

HISTORIA

Desde hace mucho tiempo los médicos han realizado diferentes formas de Historia Clínica; pero el primero que utilizó la observación y redacción de los fenómenos clínicos que presentaban los pacientes fue Hipócrates (460 a.c.), quien tuvo el mérito de considerar al hombre en su totalidad. Escribía Hipócrates: "Nariz afilada, ojos hundidos, sienes deprimidas con las orejas frías y el semblante oscuro o lívido", constituyen la llamada Facies Hipocrática de los enfermos agudos graves, familiar para todo médico.

Desde Hipócrates diversos enfoques se han dado a la Historia Clínica, que ha pasado por épocas como: la Historia Clínica científico-natural, anatomoclínica, fisiopatológica, psicosomática,

booksmedicos.org

antropológica, patobiográfica y etiológica, historia clínica basada en evidencia. En los últimos años la automatización de la Medicina con la aparición de las computadoras y monitores electrónicos, entendiendo como automatización, no la sustitución de la pericia y la atención del individuo por servicio mecanizado y rutinario de carácter impersonal, sino el aprovechamiento de la ayuda de la mecanización y el cálculo sin usurpar el papel decisivo del médico. De acuerdo con Payne las computadoras al liberar al médico de gran parte de su trabajo rutinario, le ofrecen la posibilidad única de elevar la calidad del mismo.

INTERROGATORIO

Interrogatorio (del lat. Interrogatorius). Series de preguntas que el médico hace al enfermo o a los que lo rodean con objeto diagnóstico puede ser libre o dirigido. Anamnesis (del griego "acción de recordar, recuerdo o reminiscencia por el paciente a través de la memoria". En la práctica médica, el interrogatorio y la anamnesis son utilizado como sinonimos.

LA ANAMNESIS

Del griego "acción de recordar, recuerdo o reminiscencia a través de la memoria" es el primer método de examen del enfermo. Primero e ineludible, pues no se concibe un examen físico de un paciente sin su correspondiente y previa Anamnesis. También se le denomina interrogatorio.

La Anamnesis se denomina directa, cuando se interroga al enfermo, e indirecta, cuando por circunstancias diversas (poca edad, demencia, incomprensión idiomática, etc.), se realiza a familiares allegados o a médicos. El interrogatorio, a pesar de los grandes adelantos de la medicina, sigue siendo en muchos casos el factor más importante y a veces el único para el diagnóstico. Como dice un proverbio árabe "preguntar bien, es conocer mucho", nada más cierto que esto aplicado a la Anamnesis. Gregorio Marañón, ilustre clínico español, señala, que si él hubiese de elegir entre los datos procedentes de un examen físico

y los resultados de una buena Anamnesis, se quedaría con esta. Sin embargo, la Anamnesis es más difícil que el examen físico, ya que en el interrogatorio intervienen numerosos factores, algunos de ellos dependientes del paciente y otros del médico. Muchos pacientes no interpretan bien sus síntomas por una u otra razón, los ocultan, presentando, al médico una faceta diferente de su dolencia; otras veces es el médico quien interpreta mal al paciente, o jerarquiza mal sus síntomas, pero quizás el error más frecuente del médico, reside en la omisión del interrogatorio.

Para realizar un buen interrogatorio es necesario:

1. ***Inspirar simpatía y confianza:*** Muchos enfermos desconfían de los médicos y aún más de los estudiantes, a quienes en nuestras salas clínicas han aprendido a reconocer y evadir, especialmente cuando tienen varios meses hospitalizados. Debemos recordar que el paciente necesita de afecto y comprensión y debe transmitírsele interés y voluntad para ayudarle.

2. ***Disponer del tiempo necesario:*** Nada resulta más fatal para el médico y el estudiante, que tratar de realizar la historia clínica como requisito para cumplir el pensum de estudio. El estudiante necesita aún más tiempo que el médico, y debe tratar de realizar las historias con todo el tiempo necesario, especialmente las primeras. Solamente la experiencia, el ejercicio práctico y continuo y la dedicación, pueden conducirle al éxito.

3. ***Necesidad de emplear un lenguaje adecuado:*** Es importante que el estudiante se percate de que no existe un lenguaje único para interrogar a un paciente, ya que cada paciente, tiene su propio lenguaje, debido a su educación y cultura. Citaremos un ejemplo: si a un paciente se le pregunta si padece de palpitaciones, la mayoría de pacientes conocen este término, pero algunos contestarán con una negación. Sin embargo, si se le pregunta si siente latir su corazón, contestará afirmativamente.

booksmedicos.org

4. ***Tener habilidad y destreza:*** Para realizar una buena Anamnesis "hay que saber oír, oír con ánimo acogedor lo que relata el enfermo. Hay que saber interrumpir suave y amablemente, cuando el paciente se pierde en lo accesorio e inútil". Cuando se realiza un interrogatorio, debe oírse primero el relato del paciente. Cuando el paciente haya terminado o cuando se está apartando de la enfermedad, se interrumpe para realizar un interrogatorio dirigido. Preguntas como las siguientes deben realizarse:

   ¿Cuándo le empezó la enfermedad?
   ¿Cuánto le duró?
   ¿Cuándo se le agrava su dolor?
   ¿Cómo se le alivia?
   ¿Qué tratamiento recibió?
   ¿Mejoró?
   ¿Qué es lo que todavía persiste?

5. ***Conocimiento de la terminología médica y del paciente:*** Para que el estudiante pueda realizar con éxito el interrogatorio, debe conocer la terminología médica adecuada y además su traducción corriente al alcance del paciente. Ambas condiciones son útiles, ya que permite una buena recolección de datos del paciente y una redacción idónea de la historia.

6. ***Conocimiento de la Nosología:*** (Tratado de las enfermedades). Todas las enfermedades se presentan por síntomas y signos. El conocimiento de los síntomas y signos que caracterizan a las enfermedades facilita notablemente la anamnesis, especialmente en los que a interrogatorio dirigido se refiere. Sin embargo, es frecuente que el médico y más aún el estudiante, al no poder encasillar la enfermedad de un paciente dentro de sus conocimientos, cometen el error de ignorar el síntoma o etiquetarlo de funcional, y perder así un valioso aporte al diagnóstico.

7. ***Entrar en detalles:*** A medida que se realizan mas historias y se conoce mejor la nosología, se profundiza cada vez más en detalles. Es frecuente observar los buenos clínicos tratando de resolver dificultades diagnósticas, sentarse, bien

a escuchar de nuevo al paciente, o a revisar detalles de la anamnesis, para verificar si fueron correctamente obtenidos, o si se pasó por alto algún dato altamente significativo.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento que permite:

1. Reconocer el estado de salud o enfermedad de un sujeto.
2. Permite formular un diagnostico presuntivo al tiempo que es elaborada.
3. Es la fuente de información permanente para completar o aclarar conceptos durante la enfermedad del paciente.
4. Puede ser consultada en futuros ingresos, para continuidad en el tratamiento.
5. Ayuda a la memoria del médico y provee información exacta al elaborar un informe.
6. Constituye fuente de datos estadísticos para el clínico, sanitarista y administrador.

Para que la Historia Clínica tenga objetividad, debe reunir las siguientes condiciones:

a) Mantener siempre el mismo orden.
b) Guardar la mayor objetividad, para que sea comprendida por cualquier médico, en cualquier momento y aún años después.
c) Guardar un estilo único e impersonal.
d) Debe ser escrita con letra clara e inteligible.

La Historia Clínica es una sola, aunque en la práctica se establezcan variantes, ellas son:

1. ***Las Historias Clínicas de las especialidades*** (Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, etc.): Este tipo de historias

booksmedicos.org

sólo se utilizan en servicios especializados, y no deben ser conocidas por el estudiante de pregrado, el cual debe conocer y realizar la historia general.

2. ***Historia Clínica Pediátrica:*** Difiere de la historia general en la importancia del desarrollo y sus trastornos y la gran incidencia de enfermedades infecto-contagiosas que se presentan en los niños.
3. ***Historia Clínica Obstétrica:*** Su objetivo principal es el registro y análisis de los hechos fisiológicos y patológicos vinculados al embarazo y al parto.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia consta de:

1. Identificación del paciente.
2. Motivo de la consulta.
3. Enfermedad actual.
4. Antecedentes personales.
5. Antecedentes familiares.
6. Hábitos psico-biológicos.
7. Interrogatorio funcional por sistemas y aparatos.

Lo anteriormente mencionado se recoge por medio de la anamnesis o interrogatorio.

8. Examen físico completo.
9. Exámenes complementarios.
10. Hojas de evolución con las anotaciones diarias de la evolución del paciente, modificaciones y terapéuticas y comentarios y discusión clínica, hechas por el médico o grupo de revista.
11. Hojas de indicaciones, con fecha, hora, nombre, dosis, presentación, forma de administración de fármacos, así como dieta indicada, exámenes y consultas interdepartamentales solicitadas. Dichas indicaciones deben ser anotadas por el médico tratante.

12. Hojas para enfermeras con el estado del paciente apreciado por la enfermera, indicaciones cumplidas y signos vitales anotados en horas y gráficas.

Identificación del paciente:

Es importante recordar que el estudiante que elabora la historia clínica, debe ganarse la confianza del paciente, desde el primer momento. Existen condiciones mínimas que favorecen dicho buen "rapport", ellas son:

a. Buena presencia.
b. Cortesía sin amaneramiento.
c. Interés en el problema del paciente.
d. Utilización de un lenguaje adecuado para el paciente.
e. No sugerir diagnósticos.
f. Ser imparcial en el interrogatorio, sin negar o afirmar síntomas.

Al interrogar los datos de identificación, debe hacerse con la mayor delicadeza posible; algunos autores recomiendan iniciar con la enfermedad actual, luego los hábitos psicológicos y por último identificación. En la historia tabulada de hospital, la identificación es realizada por el Servicio de Admisión. Nosotros aconsejamos que sea hecha por el estudiante, ya que como veremos a continuación, la identificación aporta a la anamnesis datos de mucho valor. La identificación comprende:

Nombre y apellido: Si es mujer casada, el apellido de soltera va primero, seguido del de casada, y por último el nombre. Conocer el nombre y apellido resulta muy útil en la práctica clínica, ya que no debe referirse a un paciente como el caso tal, o la cama cual.

Número de Historia: Es aquel que será utilizado con fines administrativos y de archivo; representa una gran ventaja para solicitar la historia por parte del paciente o del médico.

booksmedicos.org

Sexo: Al tener el nombre del paciente, se podría considerar una redundancia hacer figurar el sexo, sin embargo, en muchos países, es frecuente encontrar nombres de mujeres en varones. Además, el sexo del paciente es importante, ya que hay procesos patológicos exclusivos de ambos sexos, como aquellos relacionados con el aparato genital y al contrario, la influencia de algunas enfermedades difiere en ambos sexos.

Edad: En todos los pacientes se pueden detectar dos edades: la edad real y la edad aparente. La discrepancia entre ambas, traduce a veces el desgaste del individuo en la vida.

En la vida humana se distinguen cuatro períodos etarios:

a) La infancia, hasta los 12 años.

b) La adolescencia y la juventud, desde los 12 años hasta los 30.

c) La edad adulta, viril o madura, desde los 30 hasta los 50 años.

d) La vejez, más de 50 años.

En la infancia se consideran tres etapas:

1) ***Primera infancia:*** desde el nacimiento hasta los dos años.

2) ***Segunda infancia o pre-escolar:*** comprendida entre los 2 ½ años hasta el 7° año.

3) ***Edad escolar:*** De los 6 ó 7 años hasta la pubertad, que en nuestro medio ocurre entre los 11 – 13 años en las niñas y entre los 12 – 14 en los niños. En los países templados suele ocurrir mas tardíamente y no es infrecuente encontrar niñas a los 15 y 16 años. Es importante señalar, la estrecha relación existente entre algunas enfermedades y la infancia. En estos períodos, son frecuentes las enfermedades congénitas, afecciones gastrointestinales, dermatológicas, parasitarias, e infecto-contagiosas. En la edad escolar son frecuentes las mismas enfermedades, pero aparecen también la glomerulonefritis aguda post-estreptocóccica y la fiebre reumática. En la pubertad, los

trastornos endocrinos –especialmente en el sexo femenino–, las enfermedades venéreas y los trastornos psíquicos e intelectuales. La vida adulta se caracteriza por la aparición de las enfermedades metabólicas, reumáticas, cardiovasculares y las neoplasias. Por último, en la vejez, la ateroesclerosis y la visceroesclerosis y la gran vulnerabilidad a las infecciones. Algunos autores denominan Senectud a la extrema vejez, donde los trastornos mentales tales como la depresión, estado confusional y demencia, son bastante frecuentes.

Lugar de nacimiento y procedencia: El hombre es inseparable del medio ambiente en que vive; el clima, las condiciones de salubridad, la higiene, el trabajo, la alimentación, son dentro de ciertos límites, causas específicas o concurrentes de enfermedad. En nuestro medio existen enfermedades confinadas a determinadas regiones del país; ejemplos como el paludismo, la bilharzia, chagas, leishmaniasis, etc., son ejemplos típicos de la interrelación de la enfermedad, el ambiente y el hombre.

Estado civil: El matrimonio importa una vida ordenada y de buenas costumbres, todo lo cual según algunos tendría influencia en la aparición de ciertas enfermedades como la obesidad, diabetes, gota, etc.

Profesión: La industrialización y socialización del hombre actual, lo colocan en circunstancias especiales de ambiente físico y psicológico que pueden favorecer o provocar ciertas enfermedades, dando origen al extenso capítulo de las enfermedades profesionales. El manejo de materiales nocivos, el contacto con ciertas sustancias, la contaminación ambiental, son y serán cada vez más, fuentes de continua enfermedad.

Motivos de consulta: Se refiere, al motivo por el cual el paciente acude al médico, al hospital, clínica o consultorio.

La respuesta motivo, debe ser anotada en la historia, en lo posible utilizando las propias palabras del enfermo, ya que es la única parte de la historia, donde el paciente está representado por sus propias palabras.

booksmedicos.org

La importancia del motivo de consulta radica en que da la idea clara de los síntomas más importantes que motivaron la consulta del paciente.

NOTA: Es frecuente observar que un paciente refiera como síntoma primordial, por ejemplo, prurito, y luego de haber sido examinado se encuentra ictericia. A pesar de que el tinte ictérico es un signo seguro de enfermedad, lo que más le preocupa al paciente es el prurito, ya que la colocación amarillenta de la piel no le molesta. Esto a veces conduce al médico al error imperdonable de hacer diagnóstico y exploraciones complicadas, y no tratar el síntoma principal por el cual el paciente acude al médico. Ejemplo: Motivo de la consulta: dolor de cabeza, asfixia y diarrea.

NOTA: A veces el paciente da como motivo de consulta, su propia interpretación de la enfermedad y refiere haber consultado porque tiene enfermo el riñón, la tensión baja o padecimiento del corazón. En estos casos deben investigarse a fondo los síntomas que lo han llevado a tal interpretación. Las preguntas tales como: ¿Por qué cree Ud. Que tiene el riñón enfermo?; ¿Qué se siente usted?; deben realizarse y anotar el o los síntomas que motivaron al paciente a hacer tales interpretaciones.

Si el paciente es referido por el médico para una exploración o tratamiento determinado, el motivo de consulta en estos casos podría escribirse de la siguiente manera: "Referido por el Doctor X con el diagnóstico Y para el tratamiento Z; completando la frase, a quien consultó por fiebre, dolor de cabeza y asfixia".

Ejemplo: "Referido por el Dr. Parra, con el diagnóstico de linfoma, para recibir tratamiento con radioterapia. Consultó a dicho médico, por un tumor en el cuello".

Enfermedad actual: El estudiante que se inicia en la Anamnesis de la enfermedad actual, a menudo tiene pocos conocimientos de la medicina clínica, y con razón puede preguntar: "¿Cómo sabré las preguntas que debo formular a mis pacientes?". Si sigue un plan preciso en la obtención de datos, puede aprender con bastante rapidez el método de preguntas sistemáticamente.

En las primeras etapas de su entrenamiento, el estudiante deja de preguntar acerca de muchos síntomas pertinentes, si no utiliza ciertos esquemas; si bien cada Historia Clínica es una experiencia individual y el interrogatorio estará influenciado por el carácter de los síntomas de cada enfermo, aún así, es esencial seguir algún esquema sistemático al interrogar, para asegurar y cubrir todos los aspectos de cualquier enfermedad particular; la descripción de la enfermedad actual sigue un orden para presentar primero, los síntomas y manifestaciones que motivaron la consulta o admisión en el hospital.

La descripción de cada manifestación debe ser completa y abarcar la ubicación en el cuerpo, la fecha de comienzo, las circunstancias de aparición, su duración, intensidad, periodicidad, atenuantes y agravantes, así como los concomitantes.

La descripción de los síntomas se hace siguiendo su secuencia natural, indicando con claridad las fechas más importantes, además la descripción señala las medidas tomadas por el paciente, los estudios médicos realizados y el tratamiento; en realidad cualquier cosa que el estudiante considere como contribuyente a la comprensión del padecimiento.

Para la redacción de la historia de la enfermedad actual existe una variedad casi infinita de modelos.

A continuación presentamos algunas formas:

1. ***Enfermedad Aguda en personas previamente sanas:*** Resulta fácil organizar el relato de la enfermedad actual cuando se trata de un padecimiento agudo en un paciente que siempre gozó de buena salud. En este caso, se suele empezar con los síntomas iniciales descritos en orden cronológico, hasta el momento en que el estudiante realice la historia.

2. ***Enfermedad recurrente con episodios agudos:*** Un paciente puede presentar una enfermedad caracterizada por remisiones y recidivas, separadas por intervalos asintomáticos. En

booksmedicos.org

estos casos se menciona al comienzo la explicación orientadora inicial de la existencia de dichos episodios; haciendo después una descripción completa de la enfermedad actual.

3. ***Enfermedad aguda de varios sistemas:*** En estos casos es necesario ordenar cada uno de los síntomas a partir del momento de su aparición y siguiendo un estricto orden cronológico.

4. ***Nuevas manifestaciones relacionadas con la enfermedad crónica:*** En estos casos se puede describir minuciosamente la enfermedad actual, pasando después a resumir las manifestaciones más importantes del pasado. Los síntomas que no pertenecen a la enfermedad actual serán relatados en los antecedentes personales. En presencia de una enfermedad crónica de meses o años de duración, es conveniente comenzar la enfermedad actual con el diagnóstico, tratamiento recibido, último ingreso y egreso, seguido de la descripción de la enfermedad actual.

Debe señalarse que el esquema que a continuación seguiremos, nunca será estereotipado, sino que se ajustará al problema de cada paciente.

El método para interrogar debe ser sencillo, la terminología será aquella que el paciente pueda entender sin problemas; el examinador permitirá al paciente expresar libremente, interrumpiendo cuando sea necesario para precisar detalles concernientes a la enfermedad actual.

Nosotros seguiremos el siguiente esquema:

1. ***Fecha de comienzo de la enfermedad actual:***

Indudablemente que una enfermedad debe tener una fecha de comienzo, la cual se expresa por uno o más síntomas.

Debe precisarse en lo posible la fecha (día o mes) y, cuando esto no sea posible, el año en que se presentaron los primeros síntomas.

2. ***Enumeración de los síntomas:***

Es una buena costumbre tratar de enumerar en orden de aparición los síntomas para que luego sean tratados cada uno por separado y en estricto orden cronológico.

booksmedicos.org

3. ***Primer síntoma:***

Debe precisarse cual es el primer síntoma en aparecer, especificando la fecha.

4. ***Circunstancias de aparición:***

Se refiere a la situación en que se encuentra el paciente cuando es sorprendido por la aparición de síntomas. Ejemplo: se encontraba levantando un peso; después de haber ingerido alimentos, es despertado por el dolor.

5. ***Localización:***

En el caso de dolor y de algunos síntomas, es imprescindible referirlo a las regiones anatómicas correspondientes.

Algunos síntomas definen per se la localización, como por ejemplo: vómitos, diarrea, polaquiuria, etc.

6. ***Características del síntoma:***

Los síntomas tienen características propias que los definen; ejemplo: dolor constrictivo, evacuaciones con moco y sangre, tos con estrías sanguinolentas.

7. ***Duración:***

Todo síntoma tiene una duración que puede ser de minutos, horas o días; raras veces un síntoma es continuo por días o semanas, la mayoría de las veces tiene periodos de exacerbaciones y remisiones.

8. ***Intensidad:***

La intensidad del síntoma es a veces exacerbada por el paciente, dependiendo de su tolerancia. Sin embargo, es importante determinar si los síntomas son leves, moderados o intensos.

9. ***Propagación:***

Es una condición casi exclusiva del dolor y se refiere a la propagación del dolor a otras regiones anatómicas.

10. Periodicidad:

Numerosos síntomas aparecen cada cierto tiempo, apareciendo o desapareciendo a intervalos regulares o irregulares.

11. Agravantes:

Se refiere a las situaciones experimentadas por el paciente que aumentan los síntomas.

12. Atenuantes:

A diferencia de la anterior son situaciones que experimenta el paciente, que alivian los síntomas.

13. Concomitantes:

Es la aparición de un síntoma en presencia del síntoma principal; ejemplo: un paciente con dolor en epigástrico, que presenta vómitos; en ese caso el vómito es el concomitante del dolor pero si al vomitar presenta dolor, este último es concomitante del vómito.

14. Una vez agotado el interrogatorio del primer síntoma seguir de la misma forma con los siguientes síntomas.

15. Actitud del paciente:

Cuando un paciente presenta una sintomatología determinada, suele comportarse de tres (3) maneras:

a) No le da importancia a la sintomatología, por lo menos por algún tiempo.

b) Se automedica.

c) Acude a un facultativo.

Con cualquiera de las tres situaciones la sintomatología puede:

a) Remitir totalmente.

b) Mejorar parcialmente.

c) Aumentar.

d) Remitir algún síntoma persistiendo otros.

Cuando el paciente consulta a un facultativo, éste suele solicitar exámenes complementarios y luego indicarle tratamiento.

El estudiante deberá precisar el diagnóstico realizado por el facultativo, las exploraciones solicitadas y el tratamiento indicado, precisando si ha habido o no mejoría.

Antecedentes personales: Después de terminar el relato de la enfermedad actual, el estudiante debe interrogar los antecedentes de enfermedades ocurridas en el pasado; todos los padecimientos y lesiones importantes, especialmente aquellas que necesitaron atención médica u hospitalización, ya que algunas de estas enfermedades han podido dejar secuelas importantes, que guarden relación con la enfermedad actual. La información que se reúne para los antecedentes personales es menos detallada que la obtenida para la enfermedad actual; aunque, debe ser suficiente para permitir identificar con precisión las manifestaciones patológicas pasadas: cada padecimiento del pasado, queda descrito en un párrafo, subrayando la fecha, los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento recibido, así como la evolución y si ha dejado alguna secuela.

En los antecedentes personales, debe interrogarse:

1) ***Antecedentes infectocontagiosos:*** Se refieren a enfermedades comunes producidas por agentes infecciosos y que de una u otra manera tienen una forma de contagio.

2) ***Antecedentes epidemiológicos:*** Muy importante en nuestro medio, ya que existen enfermedades propias de ciertas regiones del país, con un ciclo y huésped intermediario, que hacen que un paciente, por haber entrado en este medio ambiente, resulte afectado sin lugar a dudas, o por lo menos, con antecedentes epidemiológicos positivos.

3) ***Antecedentes alérgicos:*** Los trastornos debidos a una respuesta anormal del sistema inmune y expresado en forma de alergia, revisten extrema importancia en todos los pacientes,

booksmedicos.org

especialmente para preveer accidentes graves. Por ejemplo: al realizar exploraciones con medios de contraste o cuando se indican fármacos.

4) ***Antecedentes traumáticos:*** En el mundo mecanizado en que vivimos, la fabricación de motores que desarrollan cada vez más velocidad, exponen al hombre a lesiones de partes blandas o del esqueleto cada vez más frecuentes y más graves. Los traumáticos producen lesiones que dejan deformidades y secuelas importantes, que pueden expresarse aún muchos años después.

5) ***Antecedentes venéreos:*** Son enfermedades que en los últimos años han sufrido un notable incremento; quizás debido al uso de anticonceptivos cada vez más frecuentes, así como a la pérdida del freno moral que ejercían las familias de antaño sobre la juventud. Sin embargo, el factor más importante, es el hecho de recibir tratamiento por amigos o personas poco escrupulosas, que indican antimicrobianos, a dosis muchas veces incompletas, que enmascaran la enfermedad y por lo tanto, evolucionan hacia lesiones tardías.

6) ***Antecedentes quirúrgicos:*** Este tipo de antecedentes reviste gran importancia por dos aspectos:

a. Por dar una idea de procesos patológicos padecidos, cuyo carácter es bien definido, es decir, son enfermedades bien establecidas y muchas veces acompañadas de estudios histológicos de las piezas anatómicas.

b. La ablación de parte de algún órgano y, el hecho de abrir, manipular y reconstruir órganos, ocasiona a veces alteraciones de la función, adherencias y otras complicaciones a veces expresadas por síntomas tardíos.

7) ***Antecedentes Obstétricos:*** El embarazo y el parto, colocan a las mujeres en una condición muy especial, haciéndolas susceptibles a una serie de procesos patológicos.

8) ***Vacunaciones:*** Es importante conocer el tipo de vacunaciones que ha recibido el paciente, para saber qué tipo de inmunidad adquirida tiene, puede resultar útil en algunas confusiones diagnósticas. Por otra parte, los sueros recibidos son importantes, ya que la mayoría son provenientes de equinos y puede producir accidentes alérgicos importantes.

Antecedentes familiares: Para estudiar los antecedentes familiares se debe interrogar el estado de salud de los miembros de la familia, que incluyen a los padres, abuelos, hermanos e hijos. Se señala cuáles están vivos o muertos y la edad de cada uno de ellos. Para los vivos, se anotan todos los padecimientos importantes conocidos; para los fallecidos, sólo se anota la fecha, edad y causa de deceso.

Estas descripciones son particularmente importantes, cuando hay alguna posibilidad de que la causa del fallecimiento esté relacionada con la enfermedad del paciente, ya sea mediante contagio, influencia congénita, factor genético o el impacto psicológico creado por el padecimiento de un miembro de la familia.

En algunas oportunidades, y siempre que haya indicios serios de un trastorno genético, debe realizarse el árbol genealógico, señalando los afectados, añadiendo una nota explicativa y el parentesco por consanguinidad. Si el paciente padece de una enfermedad con factor genético importante y hay ausencia aparente del trastorno en los ascendientes, se debe negar en la historia, la ausencia del padecimiento en la familia.

Hábitos psicobiológicos: Se debe proporcionar aquí, la información referente al comportamiento característico del enfermo, sus normas de vida y su manera de hacer frente a situaciones de gran tensión. También se anotan los rasgos de un comportamiento anormal, desde el punto de vista social; las excentricidades o mal llamadas manías; así como detalles acerca de la alimentación, sueño, consumo de tabaco, café y drogas. Del mismo modo son importantes, los cambios en la vida del

booksmedicos.org

enfermo, suscitados por acontecimientos como matrimonio, nacimiento de hijos, separaciones o enfermedad y muerte de seres queridos, o bien los cambios que pueden surgir en la casa, trabajo y posición económica.

Para terminar es importante señalar, que la descripción de la reacción del paciente y su manera de hacerle frente, es siempre más importante que la descripción del propio acontecimiento.

Revisión funcional por sistemas: La anamnesis termina con la revisión funcional por sistemas. Comprende el interrogatorio de todos aquellos síntomas, tanto pasados como presentes, que no fueron considerados como parte de la enfermedad actual y que traducen la disfunción de un aparato o sistema. Con cierta práctica resulta fácil aprenderse de memoria, los principales síntomas que sueles estar asociados con alteraciones de cada uno de los órganos. Cuando se realiza la revisión por sistemas, los síntomas presentes o pasados vinculados con la enfermedad actual, deben describirse con el padecimiento actual y aquellos no vinculados deben relatarse en cada órgano y sistemas.

Consideramos ventajoso para el estudiante, anotar todas las informaciones, tanto negativas como positivas, ya que de dichos interrogatorios puede obtenerse valiosa información de nosología clínica, diagnóstica y terapéutica, relatada por el propio paciente.

Examen Físico: Una vez concluida la anamnesis, el estudiante realizará el examen físico.

Hojas de evolución: Destinadas a las anotaciones diarias de la evolución del paciente y de uso casi exclusivo del médico; debe contener las impresiones diagnósticas, el plan de estudio, las discusiones realizadas durante las revistas y la evolución del paciente. Los residentes e internos deberán realizar periódicamente actualizaciones, especialmente cuando hay

modificaciones en el estado del paciente, en el diagnóstico y en la terapéutica.

Hojas de indicaciones: De uso casi exclusivo del médico tratante, es en donde se realizan las indicaciones médicas. En toda hoja de indicación debe anotarse los siguiente:

1) Tipo de dieta indicada al paciente; en caso de hidratación el tipo de solución, la cantidad, el goteo, hora de comienzo y hora de finalización.
2) Actividad y posición que debe tener el paciente.
3) Indicaciones terapéuticas indicando el fármaco, la dosis, el horario y la vía de administración.
4) Exámenes solicitados.
5) Control de los signos vitales, líquidos administrados y eliminados, así como peso y diuresis.

booksmedicos.org

Ejemplos de Interrogatorios

Ejemplo de un interrogatorio realizado a un paciente del Hospital Universitario de Caracas:

Identificación:

Dr. ¿Cómo se llama usted?
P. L.M.F.

Dr. ¿Cuántos años tiene?
P. 50 años

Dr. ¿Cuál es su Cédula de Identidad?
P. 686.3421

Dr. ¿Dónde nació Ud.?
P. En Caracas

Dr. ¿En qué fecha?
P. 22 – 7 – 1959

Dr. ¿De dónde viene usted?
P. De Caracas

Dr. ¿Cuál es su dirección?
P. Calle Santa Marta, Callejón 1, San Vicente No 3, La Pastora.

Dr. ¿Cuál es su nacionalidad?
P. Venezolana

booksmedicos.org

Dr. ¿Tiene teléfono?
P. Sí. 818798

Dr. ¿Qué profesión tiene?
P. Contador

Dr. ¿Cuál es su estado civil?
P. Casado

Dr. Diga la dirección de un familiar a quien se le pueda solicitar o pedir información.
P. A mi madre en la misma dirección.

Motivo de consulta:

Dr. ¿Por qué consultó Ud. a este Hospital?
P. Por dolor en el pecho.

Dr. ¿Por qué más?
P. Palpitaciones

Enfermedad actual:

Dr. Cuénteme como fue su enfermedad.

P. Bueno, el 14 de marzo presenté dolor en el pecho, muy fuerte; consulté con médico quien me diagnosticó insuficiencia coronaria, y me mandó una medicina, pero el 20 de abril me repitió el dolor y vine a este hospital y me hospitalizaron.

NOTA: Cuando el paciente termine con su descripción realizar el interrogatorio dirigido, precisando los detalles concernientes a su enfermedad actual.

Dr. Cuando presentó el dolor el 14 – 3 – 09. ¿Qué estaba realizando Ud.?
P. Me encontraba subiendo la escalera.

Dr. ¿Le apareció súbitamente?
P. Sí.

Dr. ¿En dónde presentó el dolor? Señale el sitio.
P. Aquí, en el pecho (señala el precordio).

Dr. ¿El dolor era leve o intenso?
P. Muy intenso.

Dr. ¿Cómo era el dolor: Como puñalada, como una quemadura o como si lo apretara?
P. Así, como si me apretaran detrás del pecho.

Dr. ¿Cuánto le duró el dolor?
P. Bueno, unos cinco minutos.

Dr. ¿Se le corría el dolor hacia alguna parte?
P. Sí, hacia el brazo izquierdo y el cuello

Dr. ¿Había algo que le aumentaba el dolor?
P. No.

Dr. ¿Había lago que hacía Ud. que le aliviaba el dolor?
P. Sí, cuando me senté en la escalera.

Dr. ¿Al mismo tiempo del dolor, presentó algo más?
P. Sí, presenté palpitaciones, angustia y sudor frío.

Dr. ¿Las palpitaciones eran rápidas o aisladas?
P. Rápidas y fuertes.

Dr. ¿Cómo le cedieron las palpitaciones?
P. Al quitarse el dolor.

Dr. Cuando le cedió el dolor, ¿Qué hizo Ud,?
P. Consulté un médico.

Dr. ¿Qué le hizo el médico?
P. Me examinó y me hizo un ECG y luego me dijo que tenía insuficiencia coronaria y me mandó dieta, Isordil y Persantín.

Dr. ¿Le repitió luego el dolor?
P. No, hasta el 20 – 4 – 09.

Dr. ¿El dolor que le dio el 20 – 4 – 09, era igual al primero?
P. Sí, pero me duró mucho más tiempo.

Dr. ¿Cuánto le duró?
P. Unas tres horas.

booksmedicos.org

La importancia del motivo de consulta radica en que da la idea clara de los síntomas más importantes que motivaron la consulta del paciente.

NOTA: Es frecuente observar que un paciente refiera como síntoma primordial, por ejemplo, prurito, y luego de haber sido examinado se encuentra ictericia. A pesar de que el tinte ictérico es un signo seguro de enfermedad, lo que más le preocupa al paciente es el prurito, ya que la colocación amarillenta de la piel no le molesta. Esto a veces conduce al médico al error imperdonable de hacer diagnóstico y exploraciones complicadas, y no tratar el síntoma principal por el cual el paciente acude al médico. Ejemplo: Motivo de la consulta: dolor de cabeza, asfixia y diarrea.

NOTA: A veces el paciente da como motivo de consulta, su propia interpretación de la enfermedad y refiere haber consultado porque tiene enfermo el riñón, la tensión baja o padecimiento del corazón. En estos casos deben investigarse a fondo los síntomas que lo han llevado a tal interpretación. Las preguntas tales como: ¿Por qué cree Ud. Que tiene el riñón enfermo?; ¿Qué se siente usted?; deben realizarse y anotar el o los síntomas que motivaron al paciente a hacer tales interpretaciones.

Si el paciente es referido por el médico para una exploración o tratamiento determinado, el motivo de consulta en estos casos podría escribirse de la siguiente manera: "Referido por el Doctor X con el diagnóstico Y para el tratamiento Z; completando la frase, a quien consultó por fiebre, dolor de cabeza y asfixia".

Ejemplo: "Referido por el Dr. Parra, con el diagnóstico de linfoma, para recibir tratamiento con radioterapia. Consultó a dicho médico, por un tumor en el cuello".

Enfermedad actual: El estudiante que se inicia en la Anamnesis de la enfermedad actual, a menudo tiene pocos conocimientos de la medicina clínica, y con razón puede preguntar: "¿Cómo sabré las preguntas que debo formular a mis pacientes?". Si sigue un plan preciso en la obtención de datos, puede aprender con bastante rapidez el método de preguntas sistemáticamente

En las primeras etapas de su entrenamiento, el estudiante deja de preguntar acerca de muchos síntomas pertinentes, si no utiliza ciertos esquemas; si bien cada Historia Clínica es una experiencia individual y el interrogatorio estará influenciado por el carácter de los síntomas de cada enfermo, aún así, es esencial seguir algún esquema sistemático al interrogar, para asegurar y cubrir todos los aspectos de cualquier enfermedad particular; la descripción de la enfermedad actual sigue un orden para presentar primero, los síntomas y manifestaciones que motivaron la consulta o admisión en el hospital.

La descripción de cada manifestación debe ser completa y abarcar la ubicación en el cuerpo, la fecha de comienzo, las circunstancias de aparición, su duración, intensidad, periodicidad, atenuantes y agravantes, así como los concomitantes.

La descripción de los síntomas se hace siguiendo su secuencia natural, indicando con claridad las fechas más importantes, además la descripción señala las medidas tomadas por el paciente, los estudios médicos realizados y el tratamiento; en realidad cualquier cosa que el estudiante considere como contribuyente a la comprensión del padecimiento.

Para la redacción de la historia de la enfermedad actual existe una variedad casi infinita de modelos.

A continuación presentamos algunas formas:

1. ***Enfermedad Aguda en personas previamente sanas:*** Resulta fácil organizar el relato de la enfermedad actual cuando se trata de un padecimiento agudo en un paciente que siempre gozó de buena salud. En este caso, se suele empezar con los síntomas iniciales descritos en orden cronológico, hasta el momento en que el estudiante realice la historia.

2. ***Enfermedad recurrente con episodios agudos:*** Un paciente puede presentar una enfermedad caracterizada por remisiones y recidivas, separadas por intervalos asintomáticos. En

booksmedicos.org

Dado un paciente, obtenga, en un periodo no mayor de 2 horas, los siguientes objetivos:

I. Identificación del paciente:

1. Nombre y apellido.
2. Edad.
3. Lugar de nacimiento.
4. Cédula de identidad.
5. Procedencia y dirección con teléfono.
6. Estado civil.
7. Profesión.
8. Dirección y nombre de un familiar a quien dar o recibir información.

II. Motivo de consulta:

1. Interrogar al paciente, sobre los síntomas que lo motivaron a consultar.
2. Utilizar en la redacción, el mismo lenguaje del paciente.

booksmedicos.org

III. Enfermedad actual:

1. Indicar al paciente que relate en la forma más completa posible, su enfermedad actual, desde el comienzo, hasta el momento de la entrevista.
2. Una vez que el paciente relate su E.A., precise lo siguiente:
   a) Fecha de comienzo.
   b) Primer síntoma presentado.
   c) Circunstancia de aparición.
   d) En caso de dolor, la localización.
   e) Intensidad del síntoma.
   f) Duración.
   g) En caso de dolor, carácter.
   h) En caso de dolor, propagación.
   i) Periodicidad.
   j) Atenuantes.
   k) Agravantes.
   l) Concomitantes.
3. Si existe otro u otros síntomas, detalle las mismas características en estricto orden cronológico.
4. Determine la actitud del paciente:
   a) ¿Se automedica? ¿con qué?
   b) Consulta facultativo; en este caso precise exámenes realizados, diagnóstico y tratamiento indicado.
5. Con automedicación o con indicación terapéutica, determine la respuesta terapéutica.
   a) Curación.
   b) Mejoría parcial.
   c) No mejora.
   d) Empeora.

IV. Evolución:

Haga la redacción, lo más detallada y concreta posible y preséntela a su Instructor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanabria, Antonio y col. *Clínica Semiológica y Propedéutica.* Tomo I, Imprenta Universitaria. Caracas 1973. pp. 37 – 39.
2. Edigio S. Mazzci, Ciril Rozman y col. *Semiotécnica y Fisiopatología.* Buenos Aires 1977. Cap. 2, pp. 7 – 38.
3. Robbins, Stanley. *Tratado de Patología con aplicación clínica.* Segunda edición, 1963. Cap. 1 al 12, pp. 1 – 367.
4. Mc Bryde-Blacklow. *Signos y síntomas.* Quinta edición. 1973. pp. 1 – 16.
5. Prior, Silberstein. *Propedéutica Médica.* 19 – 69. Cap. 2. pp. 2 – 26.
6. Morgan, Engel. *Propedéutica Médica.* 1969. Cap. I. pp. 1 – 15.
7. Harvey, Johns; Owens, Ross. *Tratado de Medicina Interna,* 1973. pp. 1-10.
8. Harrison y col. *Medicina Interna.* VIa. Edición. 1983. Editorial Mc Graw-Hill. Pp. 1 – 428.
9. Durand, Mario y col. Grandes problemas en Medicina del Adulto, Forndo Editorial, Facultad de Medicina UCV. Caracas, 2005.
10. Diagnóstico y Tratamiento.
11. Agilización de La Anamnesis
12. Historia Clínica del Paciente.

booksmedicos.org

Los Antecedentes Personales

1. Concepto de Antecedentes Personales:

Dato o circunstancia personal en la historia patológica del enfermo, anterior a la enfermedad actual.

2. Tipos de Antecedentes personales:

a) Antecedentes Infectocontagiosos.
b) Antecedentes Epidemiológicos y Ocupacionales.
c) Antecedentes Venéreos.
d) Antecedentes Alérgicos.
e) Antecedentes Quirúrgicos.
f) Antecedentes Traumáticos.
g) Antecedentes Obstétricos.
h) Antecedentes Vacunaciones y Sueros.
i) Antecedentes Nutricionales.

a) Antecedentes Infecto-contagiosos:

Los antecedentes infectocontagiosos se refieren a un grupo de enfermedades frecuentes, donde siempre existe una fuente de contagio, un período de incubación, un período de estadio y un período de resolución o convalescencia. Son importantes, ya que son muy frecuentes y algunas de ellas, responsables de secuelas orgánicas permanentes y de continuos o repetidos motivos de consulta.

booksmedicos.org

ADENITIS

1. Concepto de Adenitis, Adenomegalia y Adddenopatía:

Adenitis: Inflamación de los ganglios linfáticos, con aumento de volumen, dolor, rubor y calor.

Adenomegalia: Agrandamiento de los ganglios linfáticos.

Adenopatía: Enfermedad de los ganglios linfáticos.

La Adenitis se presenta en procesos inflamatorios, virales, bacterianos, micóticos y siempre que exista un proceso inflamatorio, en la región anatómica de donde el ganglio es tributario. La Adenitis puede ser localizada o generalizada y, cuando su naturaleza es inflamatoria, tiene las siguientes características:

a) Tamaño inferior a 3 ó 4 cm.
b) Evolución breve.
c) Dolorosa.
d) De borde regular y superficie lisa.
e) Generalmente localizada.
f) No adherida a planos profundos ni superficiales.
g) Blanda o renitente.

Existen regiones anatómicas como las regiones submaxilares y las inguinales, en donde es frecuente observar Adenitis por procesos inflamatorios en boca y orofaringe, y procesos urogenitales y rectales, respectivamente.

Los tumores, frecuentemente afectan a los ganglios linfáticos. Cuando el tumor de los ganglios linfáticos es primario se denomina Linfoma. En cambio, a veces los ganglios linfáticos se encuentran afectados por un tumor existente en la región anatómica de donde ellos son tributarios.

Las características de las Adenopatías tumorales son las siguientes:

a) Tamaño generalmente mayor de 3 ó 4 cm.
b) Crecimiento progresivo.
c) No doloroso.
d) Borde y superficie irregular.
e) Adherencia a planos profundos y superficiales.
f) De consistencia dura, a veces leñosa o pétrea.

AMIGDALITIS

1. Concepto de Amigdalitis:

Inflamación de las amígdalas generalmente debida a virus, bacterias y hongos. Se produce por inflamación del tejido linfático de la orofaringe, que comprende:

- Las adenoides.
- Las amígdalas palatinas, faríngeas y laríngeas.

2. Sintomatología:

El paciente afectado de amigdalitis, presenta odinofagia, fiebre, anorexia, halitosis, y frecuentemente, supuraciones con o sin participación ganglionar regional.

Es importante saber que la amigdalitis, debida al estreptococo Beta hemolítico, puede producir una enfermedad por complejos inmunes como la fiebre reumática y la glomerulonefritis aguda post-estreptoccócica, generalmente observada en pacientes menores de 20 años.

ARTRITIS

Inflamación generalizada o localizada en las articulaciones, con edema, rubor, calor, dolor, limitación funcional con o sin derrame sinovial.

Las causas más frecuentes de Artritis son las siguientes:

a) Piógenas (Gonococos).

booksmedicos.org

b) Tuberculosa.
c) Luéticas.
d) Virales (Rubeola).
e) Micóticas.
f) Inmunológicas (Enfermedad del suero, Artritis reumatoidea).
g) Gota (cristales de ácido úrico).
h) Traumáticas.

Atendiendo a las características del líquido sinovial, pueden ser:

a) Purulentas (Pioartrosis).
b) Sanguinolentas (Hemartrosis).
c) Líquido citrino (Hidrartrosis).

BRONQUITIS

1. Concepto de Bronquitis:

Inflamación de la mucosa del árbol tráqueo-bronquial, debida a virus, bacterias, hongos, agentes físicos o químicos, en forma aguda o crónica.

Aguda: Acompaña a muchos procesos virales y está caracterizada por tos productiva con expectoración mucosa o mucopurulenta con dolor medio-external, exacerbado por la tos además fiebre y a veces disnea.

Crónica: Generalmente atribuida al humo del cigarrillo pero puede ser debida a otros agentes, entre ellos, Hemophilus Influenzae caracterizada por tos productiva, mucosa o mucopurulenta a veces hemoptoica, episódica bi trimestral y disnea. La bronquitis puede evolucionar y ser causa de Enfisema pulmonar y cor-pulmonar crónico.

CATARRO

1. Concepto de Catarro:

Infección viral aguda de las vías aéreas superiores, contagiosa y de evolución benigna de 3 a 4 días de duración, debida a virus del grupo Rinovirus, Coxsackie A2I.

2. Manifestaciones Clínicas:

Irritación de la orofaringe, caracterizada por picor y estornudo, acompañada de febrícula y malestar general, seguida de la etapa catarral, caracterizada por tos con expectoración mucosa (broncorrea) y rinorrea.

3. Evolución y Complicaciones:

3 a 4 días de duración; ocasionalmente el catarro o coriza común, se complica con neumonía y bronconeumonía, especialmente en niños y ancianos.

DIFTERIA

1. Concepto de Difteria:

Enfermedad infecciosa aguda de las amígdalas, faringe y ocasionalmente, de otras mucosas.

2. Agente etiológico:

Producida por el Corinebacterium Difteriae, productor de una exotoxina cardio y neuro tóxica.

3. Fuente y mecanismo de contagio:

Es transmitida por contacto con goticas de saliva de personas enfermas y ocasionalmente por leche contaminada.

4. Manifestaciones clínicas:

Después de un período de incubación relativamente breve, de 4 a 7 días en promedio, bruscamente aparece fiebre, escalofrío,

booksmedicos.org

malestar general y dolor de garganta. Las amígdalas se cubren de seudomembranas, primero como exudado gelatinoso y luego de un color blanco o amarillento grisáceo que al desprenderse deja una superficie sangrante.

5. Complicaciones:

a) Miocarditis diftérica, caracterizada por insuficiencia cardiaca y bloqueo cardíaco grave.

b) Lesiones de los pares craneanos y los nervios periféricos. La forma más común es la parálisis del paladar blando con cambio de voz y regurgitación de los líquidos a través de la nariz, cuando se intenta deglutir. Los nervios óculomotores y el facial, pueden también estar afectados; especial gravedad reviste la afectación de los músculos respiratorios, pero es raro.

LECHINA

1. Concepto de lechina:

Enfermedad infecciosa, febril, exantemática, contagiosa; a menudo epidémica; generalmente benigna y propia de la primera infancia.

2. Agente etiológico:

Es producida por el virus Varicela Herpes Zoster.

3. Período de incubación:

Suele ser de 12 a 17 días.

4. Manifestaciones clínicas:

Después del período de incubación, aparece el exantema caracterizado por máculas, que evolucionan a vesículas, rodeadas de una aureola roja, que se cubre de una costra, que frecuentemente se infecta.

El Exantema aparece en brotes y dura unos 5 días; abundante en tronco y cara y relativamente difusa en extremidades. Concomitante con el exantema, aparece malestar y fiebre.

En los adultos, la Varicela reviste extremada gravedad. El exantema puede hacerse extenso y hemorrágico y puede desarrollarse una neumonía específica que se demuestra con rayos X, como infiltrado nodular bilateral. Puede haber así mismo una hepatitis focal.

La encefalitis es complicación grave y rara. En los niños se observa a veces, ataxia cerebelosa.

Herpes Zoster: Aparece en personas con inmunidad parcial al virus y después de presentar dolor y parastesias en el territorio de un nervio sensitivo, aparecen a los cuatro días, las lesiones maculares, vesiculares, igual que la Varicela, logra de 1 a 2 semanas en forma espontánea. En una minoría de los pacientes, persiste dolor rebelde denominado Neuritis Postherpética. Cuando acontece en el nervio oftálmico, puede dejar cicatriz en la córnea.

SARAMPION

1. Concepto de Sarampión:

Enfermedad endémica y epidémica muy contagiosa, generalmente benigna y propia de la primera infancia. Producida por u virus termolábil de 140 m.u.

2. Período de Incubación:

De una a dos semanas.

3. Manifestaciones clínicas:

Se manifiesta por fiebre, malestar, mialgias y cefalea. En unas cuantas horas aparecen síntomas oculares con inyección conjuntival, lagrimeo y fotofobia. Al mismo tiempo, inflamación

booksmedicos.org

catarral de las vías respiratorias, manifestadas por tos, estornudos y secreción nasal.

En esta etapa prodrómica de tres a cuatro días de duración se observa en la cara interna de las mejillas y a nivel de los segundos molares inferiores, unas manchas blanquecinas rodeadas de una aureola roja de mucosa infectada que suele reunirse para formar un fondo rojizo difuso, denominadas manchas de Koplik. Del 3° al 4° día aparecen detrás de la oreja y en la cara pápulas rojizas que se difunden hacia abajo para cubrir el tronco y las extremidades, respetando las manos. El exantema dura de 4 a 5 días después de haberse iniciado y va seguido de una descamación furfurácea fina que respeta manos y pies.

4. Complicaciones:

A veces se puede complicar con otitis y neumonía bacteriana, así como con dolor abdominal y diarrea; en raros casos se presenta encefalitis desmielinizante.

RUBEOLA

1. Concepto de Rubeola:

Es una enfermedad contagiosa, benigna, aguda, que afecta niños y adultos jóvenes; tiene importancia ya que es una virosis que con toda seguridad, origina anomalías fetales en pacientes embarazadas.

2. Manifestaciones clínicas:

Dos o tres semanas después de la exposición, se inicia la rubeola con síntomas variables. Puede comenzar con tos, faringitis y coriza. Unas 24 horas después, aparece un exantema caracterizado por eritema macular ligero que afecta cara y cuello, se extiende a tronco y extremidades, de uno a tres días de duración. El exantema se acompaña de cefalea y a veces fiebre, pero lo más característico es la hipertrofia de los ganglios cervicales posteriores.

3. Complicaciones:

El restablecimiento es casi siempre rápido, pero pueden presentarse complicaciones como infecciones bacterianas, artralgia, neuritis, gingivitis, trombocitopenia y ocasionalmente, meningoencefalitis.

Los efectos embriopáticos son los siguientes: Hipoplasia dental, ceguera parcial o completa, sordera y anomalías cardiovasculares.

Estudios recientes en mujeres embarazadas que sufrieron rubeola en el primer trimestre de gravidez, sugieren que tenían el 90% de probabilidad de tener un hijo normal.

PAROTIDITIS

1. Concepto de Parotiditis:

Es una enfermedad aguda, contagiosa, que afecta las glándulas salivales, aunque con frecuencia ataca otros órganos especialmente a los testículos y el sistema nervioso central.

2. Agente etiológico:

Es producida por un virus del grupo Mixovirus.

3. Período de incubación:

De 17 a 21 días.

4. Manifestaciones clínicas:

Después del período de incubación y antes de la tumefacción parotídea hay, en algunos casos, síntomas prodrómicos caracterizados por fiebre, escalofríos, malestar, anorexia y cefalea. A esto le sigue la tumefacción de ambas parótidas en forma simultánea, o una después de otra, provocando dolor en el ángulo del maxilar, La tumefacción se extiende por detrás, por debajo y por delante del ángulo de la mandíbula. El orificio del conducto de Stenon está enrojecido.

booksmedicos.org

Las glándulas afectadas, se perciben duras y extremadamente dolorosas.

Con la tumefacción glandular, la temperatura se eleva de 39 a 40° C y las glándulas submaxilares y sublinguales pueden estar afectadas.

Generalmente la enfermedad suele remitir en una semana, pero a veces puede prolongarse mucho más.

5. Complicaciones:

La parotiditis puede complicarse con:

Orquitis: Es común en los adultos y se desarrolla cuando comienza a remitir la parotiditis; el testículo suele estar aumentado de tamaño y muy doloroso, hay elevación de la temperatura y malestar general. Generalmente es unilateral y sólo en raros casos es bilateral, provocando esterilidad.

Otras manifestaciones incluyen Meningoencefalitis, Mastitis, Tiroiditis, Ooforitis y Pancreatitis.

TOSFERINA

1. Concepto de Tosferina:

Enfermedad infecciosa aguda y contagiosa que afecta tráquea, bronquios y bronquiolos.

2. Agente etiológico:

Es producida por Bordetella Pertusis.

3. Período de incubación:

Es de 7 a 15 días.

4. Manifestaciones clínicas:

Suele dividirse la Tosferina en tres etapas de aproximadamente 2 semanas cada una:

1. ***Etapa Catarral:*** después del período de incubación, se presenta con síntomas de un catarro común. No existe tos y es cuando la enfermedad es mas contagiosa.
2. **Etapa paroxística:** Aparece con tos repetitiva, explosiva y breve, terminando en estertores inspiratorios forzados (repríse), eliminándose gran volumen de moco. Cuando la enfermedad es grave, la tos es repetida y el niño se pone anoréxico y débil. La frecuencia de los paroxismos aumenta con el llanto y al comer, a veces provoca vómitos.
3. ***Etapa de convalescencia:*** Las complicaciones son graves, especialmente en lactantes, donde la mortalidad es alta. Las observadas con más frecuencia son: Neumonía, Deshidratación y Anoxia Cerebral.

FIEBRE TIFOIDEA

1. Concepto de Fiebre Tifoidea:

Es una enfermedad aguda, de varias semanas de duración, que se caracteriza por fiebre continua con cefalea y apatía, tos, esplenomegalia, exantema máculopapular discreto y leucopenia.

2. Agente etiológico:

Salmonella Typhosa.

3. Fuente y forma de contagio:

Con productos contaminados (agua, leche y alimentos) con Salmonella Typhosa proveniente de las heces y/o orina de enfermos o portadores sanos.

4. Manifestaciones clínicas:

Después de un período de 10 a 12 días de haber estado en contacto con productos contaminados, aparece estado febril con cefalea y malestar, que a los 3 ó 4 días obliga al paciente

booksmedicos.org

a guardar cama. La fiebre es continua con tendencia a elevarse cada día más, suele acompañarse de cefalea y agotamiento del sensorio y perdura de 1 a 2 semanas, para luego descender gradualmente.

Al examen físico se observa hepato-esplenomegalia, estertores húmedos, bradicardia (es típica la disociación entre el pulso y la temperatura, ya que en estos pacientes las fiebre se eleva, pero el pulso se mantiene proporcionalmente bajo), y exantema caracterizado por manchas rosadas lenticulares, limitadas a tronco, parte anterior del tórax y abdomen. La convalescencia es lenta y raras veces el paciente es capaz de reanudar sus actividades antes de un mes de haber desaparecido la fiebre.

5. Complicaciones:

La hemorragia del intestino delgado, por erosión de los vasos sanguíneos de las placas de Peyer ulceradas. La perforación intestinal es menos frecuente, pero más grave que la hemorragia. Un paciente puede ser tratado correctamente contra la fiebre tifoidea, presentar aparente mejoría y estar perforándose, provocando muchas veces la muerte. La colecistitis, la periostitis, tromboflebitis, meningitis y aborto en la mujer embarazada han sido observados.

6. Concepto de portador sano de fiebre tifoidea:

Un paciente puede haber sufrido de fiebre tifoidea y estar aparentemente curado, pero puede ser un portador sano de la enfermedad y cada vez que defeca, elimina Salmonella Typhosa contaminante.

TUBERCULOSIS

1. Concepto de Tuberculosis:

Enfermedad infeccioso-contagioso, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, con expresión a nivel de diferentes órganos.

2. Vías de diseminación de la Tuberculosis:

a) ***Por inhalación.*** Como en el caso de la tuberculosis pulmonar.

b) ***Por vía digestiva:***, debido a la ingestión de la expectoración, proveniente del pulmón afectado por el Bacilo de Koch; o por la leche proveniente de las vacas enfermas. Hay una TBC bovina y otra Hominis. La bovina está casi extinguida en Venezuela.

c) ***Puede diseminarse también por vía hematógena.*** El Bacilo de Koch localizado en el pulmón, alcanza el sistema venoso pulmonar y se difunde por el torrente circulatorio; a esa forma se le conoce con el nombre de TBC Miliar, en la cual se aprecian lesiones pequeñas de granulomas tuberculosos, como granos de maíz, diseminados por todo el parénquima pulmonar y otros órganos.

d) ***Por vía broncógena:*** el foco tuberculoso está localizado en el polo superior de un pulmón, las secreciones que descienden por el bronquio, caen en otro bronquio afectando así a otro segmento pulmonar. En la TBC pulmonar apical de un pulmón, con una siembra por vía broncógena, en la parte basal del pulmón contralateral; este hecho recuerda a la banda presidencial.

e) ***Ganglionar:*** A veces una infección primaria tuberculosa se puede extender a los ganglios; hay un tipo de TBC ganglionar del cuello llamado Escrófula, existiendo una gran afectación ganglionar.

f) ***También puede haber reactivación de focos tuberculosos en otros órganos***, por ejemplo: Tuberculosis renal, necesitando que exista una infección pulmonar o hematógena, para que el bacilo pueda difundirse por el organismo y así afectar al riñón. Puede aparecer también una TBC renal crónica, en la cual hay que analizar dos posibilidades: que exista una nueva infección tuberculosa que se diseminó por vía hematógena, o que haya un foco cicatrizado que luego se reactivó.

booksmedicos.org

4. Complicaciones:

En la otitis puede producirse extensión de la infección a las meninges y producirse Meningitis.

INFLUENZA

1. Concepto de Influenza:

Es una enfermedad aguda y contagiosa que existe en forma endémica y que cada 4 ó 5 años aparece en forma epidémica. Debida a virus del grupo de los Mixovirus (A, B, C).

2. Manifestaciones clínicas:

Después de un período de incubación corto, de 18 a 36 horas, aparece hiperemia y congestión de las mucosas, sensación dolorosa retroesternal y tos; concomitantemente aparece fiebre variable de 38 a 41° C, acompañada de cefalea frontal, pulsátil y mialgias en la espalda, en las extremidades y a veces generalizada. En algunos pacientes se presentan complicaciones como neumonía viral y/o bacteriana y ocasionalmente miocarditis y encefalitis. Generalmente la enfermedad tiene un buen pronóstico, except cuando se producen complicaciones graves.

3. Antecedentes epidemiológicos:

Se trasmite por tos y estornudo de focos endémicos en período de invierno o de lluvias, pasando de endemia a epidemia y a veces a pandemia. Recientemente se han descrito por mutación viral influenzas por virus de otras especies como la gripe aviar o la A (H1N1).

HEPATITIS VIRAL

1. Concepto de Hepatitis Viral:

Es la inflamación aguda y crónica del hígado ocasionada por virus. Todos estos virus son hepatróficos, es decir, que el hígado es el sitio de infección primaria.

2. Etiología:

Otros virus también infectan el hígado, pero no son el lugar primario de replicación, ni del daño celular. Algunos ejemplos son: Infección por Citomegalovirus. Virus de Epstein Barr (Mononucleosis), algunos Flavivirus transmitidos por artrópodos como el Dengue y la Fiebre Amarilla.

Hay otras causas de hepatitis que se presentan a confusión durante el período de formación del estudiante, y que no son de etiología viral y cuya causa puede ser inducida por:

- Fármacos (Difenilhidantonina sódica, Paracetamol, Sulfamidas, y PAS).
- Tóxicas: Alcohol y Halotano.

En el espectro etiológico múltiples fármacos pueden producir Hepatitis.

Finalmente existen las hepatitis granulomatosas como: TBC y Sarcoidosis. Las infiltrativas como las producidas en las enfermedades mieloproliferativas.

Existen cuando menos 7 tipos de virus hepatotróficos a saber: Virus A, B, C, Antígeno Delta, E, F, G. (GB).

El diagnóstico de Hepatitis Viral se realiza a través de un síndrome congruente caracterizado por inflamación del hígado, la exclusión de otros diagnostico y la confirmación por el laboratorio de infección aguda por algunos de los virus.

3. Manifestaciones Clínicas:

A) Curso asintomático:

Detectado en forma casual por el laboratorio o durante controles por epidemias (A y E), y en forma fortuita los tipos B, C, D, y G.

B) Curso sintomático:

1. Período de incubación: entre 15 y 160 días. El concepto de período de incubación corto para la hepatitis A y largo para la

booksmedicos.org

Hepatitis B, ha cambiado. Se inicia desde el contagio con el Virus hasta la aparición de los síntomas, acompañado de las alteraciones bioquímicas hepáticas.

2. Prodrómico: Aparición de síntomas inespecíficos como, astenia, cefalea, malestar general, anorexia, náuseas, repugnancia a las grasas y al olor de tabaco.
Son frecuentes las manifestaciones respiratorias que asemejan un proceso gripal.

Aparece coluria y sensación de peso en Hipocondrio derecho. En este período pueden aparecer algunos signos atribuibles al depósito de inmunocomplejos circulantes como: Urticaria, mialgias, artralgias, Púrpura de Sholein-Henoch y albuminuria (más frecuente en hepatitis B y C).

3. Estado: Predominio de la ictericia de leve a intensa, que puede estar acompañada de prurito, acolia y coluria. Hay mejoría del estado general especialmente la astenia. Existe Hepatomegalia blanda y dolorosa con Esplenomegalia en cerca del 20% de los casos. Elevación de la Bilirrubina total y fraccionada con hipertransaminasemia. La Fosfatasa alcalina se eleva cuando el componente colestásico es severo.

4. Criterios:

1. La hepatitis sea cual fuere el agente etiológico puede cursar de forma asintomática.
2. Si en 6 meses no ha habido resolución clínica y de laboratorio, la hepatitis ha entrado en estado crónico.
3. Convalecencia: Mejoría de los síntomas, descenso gradual de la ictericia y de las cifras de Bilirrubina. Astenia con los ejercicios. Mejoria de la Hepatoesplenomegalia.

Virus A: Género enterovirus, familia Picornavirus. El contagio es por vía viral oral-fecal. No hay portadores crónicos. Una vez infectado el huésped, éste es inmune a la reinfección.
La aparición de IgM anti HAV en el suero, indica infección reciente. la aparición de IgG anti HAV indica infección antigua.

Virus B: Es una de las causas más frecuentes de Enfermedad hepática, cerca del 5 al 10% de los pacientes con virus B desarrollan cronicidad. El virus B es de la familia de los hepdnavirus, se localiza en sangre, saliva, orina, líquido seminal, células mononucleares periféricas y hepatocitos.

El virus B tiene tres antígenos distintos que induce en el huésped a la producción de tres tipos diferentes de anticuerpos.

Antígeno de superficie	HIB	Ag	Anticuerpo	Anti HBs
Antñigeno del cuore	HBc	Ag	Anticuerpo	Anti HBc
Antñigeno e	Hbe	Ag	Anticuerpo	Anti Hbe

Se le ha asociado al carcinoma hepatocelular con o sin cirrosis previa.

Virus C: Es de la familia de los Flavivirus, difiere de los anteriores A y B que tiene una amplia variabilidad genética que influye en la codificación de las proteínas de envoltura, lo cual le confiere habilidad para escapar al sistema inmunológico, a través de los diferentes serotipos, lo que explicaría la evolución clínica desde una infección leve asintomática hasta una lesión fulminate.
La vía de transmisión es postransfusional (sangre y sus derivados). Por vía perenteral en la toxicomanía y a través del contagio sexual.
El diagnóstico se realiza a través de la determinación del Anti HCV, este anticuerpo no es neutralizante, es decir su presencia no confiere inmunidad. Una prueba más sensible pero difícil de cuantificar es la determinación del PCR (Reacción en cadena de polimerasa).
La infección por virus C, también está asociada al carcinoma hepatocelular, cerca del 50% evolucionan hacia la cronicidad y en 20% de los casos se produce cirrosis hepática. Un alto porcentaje de pacientes con virus C son asintomáticos.

Virus Delta: Este necesita, por ser un virus defectuoso, de la presencia de infección por virus de la Hepatitis B.

En la infección virus Delta, hay dos situaciones: Coinfección cuando se produce una infección simultánea de virus B y antígeno Delta, y en la sobreinfección cuando el virus Delta infecta a un portador crónico de Ag HBs.
El diagnóstico es serológico, con la presencia del anticuerpo contra el HDV, y el PCR para detectar la presencia de RNA de la Hepatitis Delta.

Virus E: Infección similar a la Hepatitis A, con predominio en México, Africa, Pakistán y la India. Esta infección cursa sin dejar secuelas. El IgM HEV, indica infección aguda. El IgG HEV, persiste por lo menos durante 4 años.

Virus F: Es una variante mutante del HBV, se desconoce de estudios epidemiológicos para conocer su prevalencia. Las técnicas de PCR en suero y tejido son las que permiten confirmar la exixtencia de HVF. Se le ha relacionado con Hepatitis crónica y Cirrosis Hepática.

Virus G: Es un Paramixovirus con producción de una hepatitis a células gigantes. Se desconoce la patogenia y las vías de contagio. La ausencia de marcadores para otros virus, hace sospechar la presencia de virus G. Los síntomas son iguales pero hay ictericia colestática, con presencia de anticuerpos antinucleares y antimúsculo liso. Hay severo ataque al estado geeral y alta tasa de mortalidad. Fue identificado por primera vez en un paciente con Hepatitis por Virus C.

Virus GB: Fue descrito por primera vez en 1968. El inóculo original provino de un Cirujano (GB), que obtubo un brote de Hepatitis aguda. El agente GB consisten en 3 tipos de virus: GB Virus A, GB Virus B y GB Virus C.
Descartada la serología para los otros tipos de hepatitis; existen pruebas incluyendo el PCR, para asociar el probable cuadro de hepatitis al agente.
La Hepatitis entra an la etapa de cronicidad cuando no se resuelve clínicamente y existe un incremento moderado de las cifras de transaminasas, el lapso es a partir de seis meses luego del diagnóstico de la enfermedad.

A otros paciente se les detecta Hepatitis B o C: a raíz de chequeo o examen totorial. la hepatitis evoluciona hacia la hepatitis crónica, esta puede ser leve, moderada o intensa (Criterios morfológicos). El proceso continúa si no es tratado, hacia la cirrosis hepática con hipertensión portal y todas sus consecuencias. Como ya hemos comentado la posibilidad de Hepatocarcinoma es mucho más probable en pacientes con hepatitis B.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

1. Concepto:

Es una enfermedad febril, que puede aparecer a cualquier edad, pero es frecuente en adultos jóvenes sexualmente activos. El período de incubación varia de 20 a 60 días y la enfermedad puede durar entre 2 y 6 semanas.

2. Manifestaciones Clínicas:

Se caracteriza por fiebre elevada y prolongada que puede acompañarse de escalofríos, fatiga intensa y malestar. Son frecuentes las mialgias, la cefalea y la esplenomegalia. La Mononucleosis infecciosa cursa con faringitis exudativa y odinofagia, así como adenopatías occipitales. Con menos frecuencia se observa la neumonia intersticial o segmentaria, miocarditis, pleuritis, artritis y encefalitis, puede conplicarse con el síndrome de Guillan Barre.

3. Diagnóstico:

Las alteraciones de laboratorio son: linfocitosis en sangre periférica, con más de 10% de linfocitos atípicos, puede haber elevación moderada de amino transferasas y fosfatasa alcalina sérica, puede haber alteraciones inmunológicas transitorias como la presencia de crioglobulinas, factores reumatoides, aglutininas al frío y anticuerpos antinucleares, y Monotest.

booksmedicos.org

4. Complcaciones:

El virus de Epstein Barre está asociado etiológicamente al linfoma de Burkit.

BILHARZIA

1. Concepto de Bilharziosis:

Enfermedad parasitaria debida a un trematode del género Schistosoma, endémica en los países tropicales.

2. Huésped intermediario:

Caracol del género australorbis.

3. Ciclo de Bilharzia:

Las heces contaminadas con huevos de Schistosoma Mansoni, al caer en un medio líquido adecuado, liberan al miracidium, que penetra y parasita al caracol. Después de un ciclo en el huésped intermediario, éste libera furocercarias, las que en contacto con la piel del hombre, la penetran para alcanzar el sistema venoso y de allí el sistema porta, en donde alcanzan el estadio adulto. Una vez en el sistema porta, se produce el acoplamiento del macho y la hembra y ésta deposita los huevos en las pequeñas vénulas del colon, para ser expulsadas luego con las heces. Algunos huevos son arrastrados por la corriente sanguínea, hasta los pequeños sinusoides hepáticos, donde al atascarse originan el granuloma bilharziano característico de la enfermedad.

4. Regiones endémicas de Bilharzia en Venezuela:

Ríos de la zona central del país: Estado Aragua, Distrito Federal, Estado Miranda, Guárico y Carabobo.

5. Manifestaciones clínicas:

a) Penetración de la furcocercaria por la piel; generalmente produce el eritema pruriginoso en el sitio de penetración.

b) Migración de la larva: Al pasar por el pulmón, puede producir fiebre, tos y disnea.

c) En el sistema porta produce:

1. Diarrea y melena con expulsión de huevos.
2. En el hígado produce fibrosis bilharziana con hipertensión portal, esplenomegalia y várices esofágicas. La ruptura de las várices constituye causa frecuente de hematemesis y melena.

CHAGAS

1. Concepto de Chagas:

Tripanosomiasis tropical de Centro y Sur América. Transmitida por reduvidios del género Rhodnius, Panstrongilus y Triatomus y producida por el Tripanosoma cruzi.

2. Ciclos del Chagas:

La infección por Cruzi se inicia con la penetración, a través de los tegumentos de las formas metacíclicas del T. Cruzi, contenido en las deyecciones de los triatómidios recientemente por vía oral por contaminación de heces por reduvideos; éste al alimentarse de sangre, deposita con las deyecciones a los T. Cruzi, que por solución de continuidad de la piel, penetra los tegumentos para parasitar las células del S.R.E. Una vez en el S.R.E. el parásito se redondea y adquiere la forma de Leishmanoide, que por divisiones sucesivas y por una acción mecánica y/o lítica, desintegra las células parasitadas. Las Leishmanias así liberadas, caen al espacio intersticial, evolucionando hacia formas de leptomonas y crithidias y posteriormente a tripanosomas. Esta última permanece en la sangre periférica de 4 a 6 semanas, colonizando tejidos y órganos ricos en células del S.R.E. Siendo los triatomidios hematófagos, al picar un enfermo con T. Cruzi en sangre periférica, se

booksmedicos.org

contagian. Una vez en el aparato digestivo el triatomidio sufre una transformación y reproducción para volver a ser expulsado con las deyecciones, reiniciándose el ciclo.

3. Regiones endémicas en Venezuela:

Región centro-occidental del país.

4. Manifestaciones clínicas:

Se suele distinguir una fase aguda y una fase crónica. En la ***fase aguda*** la enfermedad se caracteriza por un proceso inflamatorio con síntomas locales en el sitio de penetración (piel y mucosas). Esta fase puede presentarse en forma benigna, de evolución favorable, y una forma grave generalmente mortal con miocarditis y meningoencefalitis. En esta fase es posible demostrar el T. Cruzi en sangre periférica.

Fase crónica: En esta fase son frecuentes los casos asintomáticos, otros presentan taquicardia, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, megaesófago y megacolon.

LEPRA

1. Concepto de Lepra:

Infección granulomatosa producida por Mycobacterium Leprae, endémico en Venezuela y con afección principalmente en piel y mucosas, sistema nervioso central y periférico y vísceras.

2. Tipos de lepra:

T.T. o Lepra Tuberculoide

T.L. o Tuberculoide Límite

L.L. o Lepra Lepromatosa

L.M. o Lepra Lepromatosa Límite

L.T. o Lepra Indeterminada

3. Manifestaciones clínicas de la Lepra:

Lepra Lepromatosa: Caracterizada por máculas hipo e hiperpigmentadas, con anestecia primero a la temperatura y luego al dolor.

Tuberculoide: Máculas hiperpigmentadas bien delineadas o hipoestésicas.

Crónica: Caracterizada por Neuritis, atrofia muscular, deformidades y ulceraciones, infiltración de la oreja y pérdida de la extremidad externa de la ceja.

NECATORIASIS

1. Concepto de Necatoriasis:

Parasitosis intestinal debida a Nematodos del género Necator y Anquilostoma, endémica en nuestro medio rural, con ciclo intestino – suelo – piel – pulmón – intestino y adquirida por el hábito de nuestros campesinos de andar descalzos o usar alpargatas.

2. Manifestaciones clínicas:

En la Necatoriasis al igual que en otras parasitosis intestinales se pueden observar 3 etapas clínicas relacionadas con el ciclo del parásito. Ellas son:

a) ***Etapa de penetración:*** caracterizada por la aparición de eritema y vesícula en el sitio de penetración (generalmente los pies).

b) ***Etapa pulmonar:*** después de penetrar por la piel el parásito alcanza el torrente circulatorio y así va a los pulmones, donde la migración es masiva y se produce la Neumonitis de Leoffler, caracterizada por tos, fiebre y disnea. Posteriormente, migra al árbol tráqueobronquial para ascender a la epiglotis y ser deglutidos.

c) ***Etapa intestinal:*** una vez deglutido alcanza el Duodeno y el Yeyuno en donde se adhiere a la mucosa para expoliar

booksmedicos.org

sangre, en esta etapa se puede producir dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y anemia ferropénica. Se han observado en el hospital pacientes con Necatoriasis con cifra de hemoglobina de 2 a 3 gr %.

PALUDISMO

1. Concepto de Paludismo:

Enfermedad anteriormente epidémica y actualmente endémica en alunas regiones de Venezuela.

2. Agente etiológico:

Es transmitida por mosquitos del género Anopheles y producida por Plasmodium del género vivax, falciparum, malariae y ovale.

3. Ciclo del Paludismo:

Cuando un mosquito Anopheles hembra, pica a un sujeto enfermo, ingiere sangre que contiene gametocitos. Estos experimentan desarrollo sexual o esporogonia dentro del mosquito, transformándose en esporozoitos; los cuales se concentran en glándulas salivales del insecto; estos esporozoitos pasan a la sangre de un sujeto cuando el Anófeles lo pica, y por vía sanguínea llegan al hígado, en donde se multiplican de modo asexual, en las células parenquímatosas de esta víscera. Después de un período de duración de 3 a 4 semanas son liberados los merozoitos que invaden los eritrocitos. Los parásitos se multiplican asexualmente dentro de los eritrocitos (esquizogonia) para producir una nueva generación de merozoitos, los que a su vez parasitan a nuevos eritrocitos. En algunos eritrocitos se producen más gametocitos que merozoitos. Estos gametocitos no pueden multiplicarse y morirán a no ser que sean ingeridos por el mosquito Anófeles, para completar en este insecto el ciclo sexual.

4. Regiones endémicas de Paludismo en Venezuela:

En Venezuela existen tres focos endémicos:

a) Foco oriental: Anzoátegui y Sucre.

b) Foco occidental: Los Andes y Zulia.

c) Foco de menor importancia en el norte de Guayana.

5. Manifestaciones clínicas:

El paludismo produce escalofríos y fiebre, muchas veces acompañada de cefalea y mialgia. La fiebre aparece cada 24, 48, 72 horas según cual sea el plasmodium infectante, de algunas horas de duración seguida de sudoración profusa con descenso de la temperatura.

6. Complicaciones:

En el paludismo Falciparum pueden producirse complicaciones graves, como insuficiencia renal aguda y edema agudo pulmonar.

BUBA O FRAMBESIA

1. Concepto de Buba:

Enfermedad granulomatosa tropical, producida por el Tropocema pertenue, transmitida por contacto directo o por una mosca del género Hipolitus pallispes, endémica en Venezuela, en los Estados Cojedes, Portuguesa, Aragua, Sucre y Miranda.

2. Manifestaciones clínicas:

Después de 3 ó 4 semanas del contagio aparece un granuloma que se ulcera y luego cura, dejando una cicatriz llamada buba madre. Estando presente o no la buba madre, aparecen en cara, cuello y extremidades, pápulas granulomatosas que al curar dejan cicatrices retráctiles. En el sitio donde ha existido la buba madre o hija se produce engrosamiento de la piel (Hiperqueratosis).

booksmedicos.org

También pueden aparecer periostitis y artritis, lesiones gomosas y rinofaringitis mutilante. Hoy en día la buba es una enfermedad rara, ya que el Treponema pertenue es muy sensible a la penicilina; sin embargo, es frecuente observar las cicatrices retráctiles de la buba madre en pacientes del medio rural mayores de 50 años, provenientes de las zonas endémicas antes mencionadas.

DENGUE

1. Concepto:

El dengue es una enfermedad febril aguda, endémico en países tropicales debida a la infección por cuatros serotipos del virus con comportamiento bien sea de A) dengue clásico y B) dengue hemorrágico, siendo la hipótesis mas aceptada que este último depende más de un fenómeno de sensibilización y no por aumento de la virulencia de algunas cepas de virus. la enfermedad se ha incrementado en las regiones tropicales y subtropicales a partir de 1990, afectando principalmente a los niños y adultos jóvenes. El desarrollo de D.H.F., representa solamente el 5% de los pacientes afectados por el dengue.

2. Patogenia:

El virus del dengue afecta principalmente a macrofágos, linfocitos y células endoteliales, y la mayoría corresponden a infecciones secundarias con rápida respuesta autoinmune de anticuerpos con formación de complejos antigeno-anticuerpo, con depósito en el endotelio capilar, vasodilatación y shock hipovolémico. La replicación del virus se realiza aparentemente en monocitos y resulta responsable del aumento de la permeabilidad capilar, por activación de las fracciones C3 y C4 del complemento clásico o la vía alterna que son anafilactoides originando trastornos de la coagulación, leucopenia y trombocitopenia.

3. Manisfestaciones Clínicas :

La enfermedad comienza con fiebre alta, anorexia, cefalea intensa retro-ocular, dolores osteomusculares que afectan

principalmente la columna dorso-lumbar. Puede existir dolor abdominal con evacuaciones líquidas, odinofagia y sensibilidad hepática. La sintomatología y fiebre pueden perdurar de 2 a 7 días, la prueba del lazo puede resultar positiva y aparecer petequias en paladar blando y piel, gingivorragias, epistaxis y en casos graves hemorragia digestiva, hemoptisis y metrorragia. En caso de shock puede haber hipotensión, taquicardia, frialdad, obnubilación y signos de hemoconcentración.

4. Diagnóstico:

Síntomas y signos de fiebre, dolores musculares, síndrome púrpurico. En regiones endémicas y epidérmicas con o sin bicitopenia, con dengue blot IgG e IgM positivos a partir de los 4 o 5 días de la aparición de la enfermedad permiten el diagnóstico.

5. Tratamiento:

Mejorar los síntomas con abundantes líquidos, acetaminofen para bajar la fiebre, vigilar trombocitopenia y corregir trastorno con transfusiones de sangre, plasma, plaquetas y plasmaferis según loscasos. Hemos obtenido buenos resultados con la administración de ácido folínico a la dosis de 30 mg diario con inicio de E.A. No se debe administrar Aspirina ni AINES.

CÓLERA

1. Concepto:

El cólera es una enfermedad asociada a las malas condiciones sanitarias que afectan a la población más pobre, endémica en muchos paises y debida a un agente aeróbico facultativo que requiere sal para su crecimiento denominado Vibrio Cholerae.

2. Patogenia:

El mecanismo de trastorno es la producción de una potente entero-toxina que estimula la adenilciclasa de la membrana

booksmedicos.org

de las células de los tejidos intestinales, produce una secreción abundante de agua y electrolitos (especialmente cloro) hacia la luz intestinal originando generalmente una diarrea severa, con color parecido a la "agua de arroz". Risiforme.

3. Manifestaciones Clínicas:

Oscila desde un estado de portador asintomático hasta una enfermedad fulminante, rapidamente mortal; especialmente en niños. La pérdida de líquidos y electrolitos por la diarrea conlleva a una hiponatremia, hipopotasemia, hipovolemia, shock y muerte en pocas horas. Como la entero-toxina no es citolitica es inusual la fiebre, ni los cólicos abdominales; otros síntomas como la sed, ansiedad, mialgias y obnubilación relacionados con la velocidad e intensidad de la pérdida de líquidos y electrolitos.

4. Tratamiento:

El tratamiento consiste en:

a) Reestablecer los líquidos y electrolitos

b) Antibióticos, generalmente Tetraciclina 500mgrs. V.O. por 3 días.

5. Complicaciones:

La hipovolemia puede generar:

- Insuficiencia Renal Aguda (IRA)
- Infarto del Miocardio (IM)

3. Antecedentes Alérgicos:

1. Concepto de alergia:

Es el conjunto de manifestaciones patológicas, debidas a la reacción antígeno-anticuerpo, mediada por la inmunoglobulina E, que pueden ser localizadas o generalizadas, y que fundamentalmente aparecen en bronquios (asma), piel (urticaria), nariz (rinitis vasomotora) y sistema cardiovascular (shock anafiláctico por vasodilatación, que ocasiona brusca caída de la tensión arterial).

La respuesta al alérgeno puede ser:

- Inmediata
- Subaguda
- Tardía.

Los alérgenos más frecuentes son: polvo, alimentos, fármacos, insectos, bacterias, hongos, etc.

La alergia se origina por la exposición del cuerpo a un antígeno que puede penetrar por tres vías: 1) oral; 2) inhalatoria; 3) por contacto directo con la piel. En antígeno es procesado por un macrófago y convertido en un super antígeno (más potente), el cual estimula clonos celulares del grupo de los linfocitos B; éstos proliferan y dan origen a los plasmocitos, que a su vez se encargarán de sintetizar inmunoglobulinas E o Reaginas, las cuales se depositan sobre los mastocitos (células perivasculares) y los sensibilizan. Después de un tiempo variable, la introducción en el organismo del mismo antígeno, provoca degranulación del mastocito, liberándose aminas vasoactivas, como son:

- Bradiquinina
- Histamina
- Sustancia de reacción lenta de anafilaxia.

Estas sustancias son responsables de la broncoconstricción y edema de la mucosa bronquial, aumento de la permeabilidad capilal e hiper secreción de moco, factores responsables de las manifestaciones clínicas del asma bronquial.

ASMA

1. Concepto de Asma:

Es una manifestación alérgica caracterizada por disnea paroxística, debida a espasmo bronquial, acompañada de

booksmedicos.org

hipersecreción de moco y edema de la mucosa bronquial. Puede ser de tres tipos:

- Intrínseca
- Extrínseca
- Mixta

Se caracteriza por crisis de disnea de aparición brusca, de tipo paroxístico, de predominio espiratorio, acompañada de tos que incrementa la disnea y que se acompaña de expectoración mucosa densa y pegajosa.

Según su duración los episodios asmáticos pueden presentarse como:

- Crisis (ataque súbito de corta duración)
- Crisis subintrante (ataques súbitos pero a repetición)
- Status asmático (crisis permanente en el tiempo que puede durar tres, cuatro y cinco días).

2. Antecedentes Venéreos:

BLENORRAGIA

1. Concepto de Blenorragia:

Infección del epitelio columnar de la vía génito-urinaria, que se propaga por contacto sexual.

2. Agente etiológico:

Gonococo Gram (-) del género Neisseria, con periodo de incubación de 2 a 7 días.

3. Forma de contagio:

a) A través de relaciones sexuales.

b) La mujer es la que transmite con mayor frecuencia la enfermedad ya que el gonococo se aloja en las

glándulas de Skene y a Bartholino, que forman parte del aparato genital femenino y durante el coito se libera secreción infectada, que contamina la uretra masculina. La mujer casi siempre ignora que sufre la enfermedad, ya que ella provoca poca sintomatología.

c) El hombre transmite la enfermedad sólo unos pocos días antes de que ésta se haga manifiesta.

d) En el parto, durante el paso del feto por el canal vaginal hacia el exterior, suelen contaminarse las mucosas oculares (Gonorrea oftálmica).

4. Manifestaciones clínicas:

- En la mujer: muchas veces es asintomática.
- En el Hombre:
  - Micciones frecuentes (poliuria)
  - Ardor al orinar (disuria)
  - Escurrimiento uretral (goteo de pus al exterior).

5. Complicaciones:

En la mujer: Complicaciones esporádicas como:

- Pelvi-peritonitis
- Bartolinitis, y
- Skeneitis (Inflamación de las glándulas de Bartholino y Skene).

En general, ocasionalmente el gonococo puede dar origen a:

- Septicemia,
- Endocarditis bacteriana,
- Monoartritis, especialmente de la rodilla.

booksmedicos.org

SIFILIS

1. Concepto de Sífilis:

Enfermedad infecciosa, endémica, crónica, específica y transmisible.

2. Agente etiológico:

Treponema pallidum.

3. Formas de contagio:

- Relaciones sexuales normales o anormales
- Vía placentaria.
- Transfusión de sangre con Treponemas.

4. Tipos de Sífilis:

- Lúes congénita: cuando se adquiere la enfermedad a través de la vía placentaria.
- Adquirida: cuando se adquiere por relaciones sexuales; con manifestaciones recientes o tardías; asintomática o no.

5. Manifestaciones clínicas:

La enfermedad evoluciona en tres fases:

*a) **Lesión primaria (Sífilis primaria):*** Chancro sifilítico, limpio, de bordes netos, base indurada, no dolorosa.

*b) **Lesión secundaria: (Sífilis secundaria):*** Aparece 2 ó 3 meses después del chancro inicial con una erupción, (como rubeola o sarampión con afectación palmoplantar) acompañada de linfoadenopatía (Ganglios linfáticos inflamados), y en un 10% de casos, aparecen lesiones en los ojos, huesos, articulaciones, meninges, hígado y bazo.

*c) **Sífilis terciaria:*** las lesiones aparecen entre 3 y 10 años después de la infección. Clínicamente se distingue: 1) Sífilis terciaria benigna de la piel, huesos y vísceras; 2) Sífilis cardiovascular y 3) Neurosífilis.

6. Secuelas:

- Tabes dorsal
- Parálisis general progresiva
- Meningo-encefalitis luética
- Aortitis luética (dilatación y cicatrización de la aorta torácica).

CHANCRO BLANDO

1. Concepto de Chancro Blando:

Es una enfermedad venérea, aguda, caracterizada por una o varias ulceraciones, localizadas en los genitales, regiones anal y perianal y supuración de los ganglios linfáticos inguinales.

2. Agente etiológico:

Bacteria en forma de bastón: Haemophilus ducreyi; con período de incubación de 2 a 10 días.

3. Forma de contagio:

Principalmente por el acto sexual; también por la boca.

4. Manifestaciones clínicas:

Úlcera blanda y dolorosa en los órganos genitales, muy inflamada y supurativa.

Los ganglios linfáticos se tumefactan y se hacen muy dolorosos (el chancro blando se acompaña de adenitis en un 50% de los casos).

booksmedicos.org

5. Diferenciación entre Chancro Sifilítico y Blando:

a) Agente etiológico:

- ***Chancro sifilítico:*** Treponema pallidum.
- ***Chancro Blando:*** Haemophilus ducreyi.

b) Manifestaciones clínicas:

- ***Chancro Sifilítico:*** Ulcera dura en los genitales, con tumefacción no dolorosa de los ganglios linfáticos inguinales.
- ***Chancro Blando:*** Ulcera blanda y dolorosa en los genitales; inflamación supurativa y adenitis.

SIDA

1. Concepto:

El SIDA es una enfermedad que se caracteriza por una supresión del aparato inmunológico, principalmente de la subpoblación de linfocitos CD4+, y es causada por el VIH, retrovirus de la familia de los lentivirus.

Vías de transmisión: Sexual, sanguínea, materno-fetal.

2. Fisiopatología:

El virus penetra en las células gracias a la glucoproteína viral 120 que se une con molécula CD4+ que se halla en los linfocitos CD4+, monocitos, macrófagos, células dentríticas, de Langerhans y algunas otras. En esta unión también interactúa un correceptor que es la Bfusina en el caso de los linfocitos y las quimiocionas en el caso de los monocitos y macrófagos. El virus penetra en la célula y luego transforma su RNA en DNA mediante una transciptasa inversa, para después insertar este DNA en el núcleo celular mediante una integrasa. Este DNA permanece allí en estado latente hasta que se produzca una activación celular, momento en el cual se producen replicas vírales que invadirán a otras células.

3. Patogenia:

Después de un periodo de incubación de 2 a 8 semanas, en un 50% a 70% de los infectados se produce un síndrome agudo en el que pueden presentarse adenopatías, fiebre, cefalea, mialgia, artralgia, anorexia, nauseas y otros. Generalmente, luego de este periodo la persona presenta una etapa asintomática caracterizada por una latencia clínica y que puede durar 10 años como termino medio. Seguidamente, aparece la fase crónica de la enfermedad que comienza con linfoadenopatias generalizadas, muguet, lesiones aftosas, leucoplasia vellosa oral, reactivación del herpes zoster, trombocitopenia, meningitis, encefalopatia, convulsiones, miopatias, y neuropatías periféricas y continua con la aparición de las enfermedades causadas por los agentes oportunistas.

4. Manifestaciones Clínicas:

El H.I.V., es asintomático y sus manifestaciones clínicas son expresiones de la afección de órganos y sistemas, por las infecciones por huéspedes que afectan a inmunosuprimidos. Los más comunes son: micobacterium tuberculosis, Cándida albicans, Dermatitis seborreica frecuente, Mycobacterias atípicas, Criptococcus neoformans, Citomegalovirus, Herpe simples, Histoplasma capsulatum, Pneumocystis carinii, Toxoplasma gondii, etc.

5. Diagnóstico:

ELISA y Western blot. Si el ELISA es negativo la persona es VIH negativo. Si el ELISA es positivo debe realizarse otra vez, si vuelve a ser positiva, se debe realizar el Western blot, si este es negativo la persona es VIH-, si es positivo es VIH+, si es indeterminado debe realizarse otro a la 4 a 6 semanas después.

6. Tratamiento:

Antirretrovirales, inhibidores de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas.

booksmedicos.org

VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

1. Concepto:

El virus de papiloma humano, es el mismo que produce las verrugas comunes de la piel que todos conocemos, pero que tiene subtipos diferentes, que asientan en las mucosas del tracto genital, especialmente el femenino, pueden ser asintomáticas y se asocian a diversas neoplasias benignas y malignas.

2. Etiología:

Este virus forma parte del género Papilomavirus, de la familia Papovaviridae. Consta de un genoma de ADN, bicatenario, sin cubierta.

Existen mas de 70 subtipos diferentes de VPH que pueden ser catalogados de bajo, mediano y alto riesgo según su asociación a lesiones de neoplasias genital.

RIESGO	SUBTIPOS
Alto Riesgo	16,18, etc.
Mediano Riesgo	31,33, etc.
Bajo Riesgo	

De todas maneras para que los virus de alto riesgo tengan potencial maligno deben asociarse con algunos cofactores que pueden ser factores genéticos propios, alteraciones inmunológicas u otros.

Algunos pueden confluir entre sí y asociarse a:

- Epidermodisplasia Vemosforme
- Neoplasias intraepiteliales
- Condiloma Acuminado
- Carcinoma de Cérvix

Se diagnóstica en el 6% de las mujeres (aproximadamente)

Las Verrugas no genitales se transmiten por contacto directo

con lesiones infecciosas o por fomites, ahora bien, en el caso de las verrugas genitales, se transmiten por contacto sexual.

3. Manifestaciones Clínicas:

En forma amplia podemos decir que existen dos formas diferentes de presentación de las lesiones de VPH en el tracto genital:

1. Lesiones planas; asintomáticas y sólo detectables por el examen médico, siempre deben ser biopsiadas a fin de establecer un diagnóstico correcto.
2. Lesiones acuminadas; que representan como verdaderas verruga en vulva, región perineal y vagina y en estos casos la misma paciente puede hacer el diagnóstico.

   -En el hombre: Pueden aparecer las verrugas en cualquier parte de pene, frecuentemente en el surco balano-prepucial y en el meato uretral. En los homosexuales es frecuente que aparezca en la región perianal.

   -En la mujer: Inicialmente se presenta en la parte posterior del introito y la zona adyacente de los labios menores y mayores. Se diseminan a otras partes de la vulva y afectan la vagina y el cérvix. produce prurito vulvar y dispareunia (dolor durante el coito).

4. Etapas Clínicas:

1. ***Inoculación:*** a través de microtraumas el virus penetra en las capas basales del epitelio.
2. ***Incubación:*** período en el cual el virus se replica en el epitelio. Es de 3 a 4 meses, con una amplitud de un mes a dos años.
3. ***Expresión activa:*** Infección subclínica y clínica, aparición de lesiones planas o acuminadas.
4. ***Respuesta de huésped:*** la inmunidad del huésped modifica la evolución de la lesión.

booksmedicos.org

3. Diagnóstico:

Ante la sospecha clínica se hace a través del PCR, ya que permite detectar con gran sensibilidad y especificidad los genes de las Chlamydias en la orina, obviando otros procedimientos como cepillado uretral y del cervix.

INFECCIONES OCASIONADAS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE SUBTIPO I Y SUBTIPO II

1. Etiología:

El virus del herpes simple, forma parte de los virus ADN, su genoma está constituido por una molécula de ADN de doble cadena, los 2 subtipos de herpes simple (VHS-1, VHS-2) por la similaridad de su genotipo pueden desarrollar reacciones inmunológicas cruzadas.

2. Patología:

El contacto con las mucosas o con piel susceptible, permite la entrada del virus, y la replicación en las células epidérmicas y dérmicas, pueden aparecer o no lesiones clínicas evidentes, aún así puede haber una replicación viral suficiente para infectar nervios sensitivos o autónomos. Luego la nucelocápside migra infraaxonalmente hasta los ganglios nerviosos, en la primera fase de la infección viral se realiza en los ganglios, posteriormente los Viriones migran a través de los nervios periféricos hacia otras superficies cutáneo-mucosas, la reactivación puede deberse a la Lux UV, inmunosupresión, traumatismo cutáneos o ganglionares.

3. Inmunidad:

Los enfermos inmunodeprimidos con respecto a la inmunidad celular sufren infecciones de VHS más grave y extensas que los que presentan deficiencia en la inmunidad humoral.

4. Epidemiología:

Las infecciones por VHS se localizan en todo el mundo, e difícil identificar el tipo de anticuerpos correspondientes a u subtipo en especial, por la razón de que la respuesta inmunitaria se realiza contra antígenos comunes a los 2 subtipos, la inmunofluorescencia indirecta ELISA, existe mayor probabilidad de recidivas en los infectados con el subtipo 2 que en aquellos infectados con el subtipo 1.

5. Manifestaciones Clínicas:

a) Panadizo Herpético: Es una infección digital que se adquiere por complicación de un herpes labial o genital o por penetración del virus por una solución de continuidad en la piel. Se manifiesta como edema, eritema y dolor de la región afectada, son comunes las adenopatías a nivel epitroclear y axilar.

b) Herpes Gladiatorium: Entre los luchadores se has descrito lesiones muco-cutáneas por VHS en tórax, oído y manos.

c) Infecciones oculares: La queratitis por VHS se manifiesta por dolor de comienzo brusco, visión borrosa, conjuntivitis, quemosis y lesiones dendríticas de la córnea y puede ser causada de ceguera, una manifestación grave puede ser la retinitis necrosante aguda.

d) Infecciones del Sistema Nervioso Central y Periférico: La infección del sistema nervioso central se manifiesta como una encefalitis, con aparición de fiebre y sístomas neurológicos focales, la infección puede darse por migración periférica desde el bulto olfatorio hacia el SNC, sin embargo, a veces existen pruebas de infección bucal, en casos reactivación el virus puede migrar desde el ganglio del trigémino hacia el encéfalo. El diagnóstico se hace con biopsia cerebral. El VHS puede causar asséptica y trastornos nerviosos en aquellas zonas inervadas por los nervios sacros.

e) Infecciones viscerales: La infección por VHS puede afectar numerosos órganos pero generalmente las infecciones

booksmedicos.org

se presentan en el esófago, pulmón e hígado. Estas infecciones viscerales son precedidas usualmente por viremia. En el caso del esófago la infección puede ser producida por extensión de una infección faríngea o por la migración nerviosa al esófago por medio del nervio vago. La esofagitis cursa con odinofagia, disfagia, pérdida de peso y dolor subesternal. las infecciones pulmonares sólo se presentan en individuos inmunodeprimidos y puede producirse por propagación de un traqueobronquitis herpética. La hepatitis es poco frecuente y se presenta en individuos inmunosuprimidos, se acompaña de fiebre, elevación de bilirrubina y de las aminotransferasas séricas y leucopenia.

f) Infección neonatal: En los recién nacidos es común la infección visceral y del SNC, y la infección se produce por contacto del recién nacido con las lesiones a nivel genital de la madre.

6. Diagnóstico:

El diagnóstico de infección VHS puede ser hecha por medio de la demostración de la seroconversión durante la infección primaria, esto se realiza tomando suero del paciente en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad. Mediante el cultivo celular y la observación de la citopatogenicidad (lesión tipo y citomegalia) u observación de citopatogenicidad en el raspado de lesiones, coloreadas con Wright, Giemsa y Papanicolau. El uso de IFA y de ELISA.

7. Tratamiento:

Con Aciclovir por vía intravenosa en todos los casos de infección de inmunosuprimidos, Vidarabina intravenosa para infecciones neonatales.

8. Prevención:

Se debe prevenir la infección, que podría lograrse con la vacunación, pero actualmente no existen vacunas eficaces contra VHS, los preservativos pueden reducir los contagios. Cuando

las lesiones están presentes la enfermedad puede transmitirse a pesar del preservativo.

INFECCIONES EN LOS HUÉSPEDES INMUNODEPRIMIDOS POR CITOMEGALOVIRUS

1. Concepto:

El citomegalovirus (CMV), también llamada enfermedad de inclusiones citomegálicas, es una enfermedad producida por un virus perteneciente al grupo de los virus, de la familia herpetoviridae. Tiene ADN bicatenario, una cápside proteica y una lipoprotéica. Se puede adquirir por contacto repetido y prolongado con un individuo infectado por CMV, por relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, transplante de órganos, de la madre al feto, etc.

1. Patogenia:

Una vez infectado, se puede portar el virus toda la vida y producir manifestaciones clínicas dependiendo de la inmunidad mediada por los linfocitos T.

El síndrome de mononucleosis es un crónico, caracterizado por mialgias, artralgias, astenia, escalofrios y malestar general. Puede haber o no hepatomegalia y títulos elevados para IgG.

En los receptores de transplantes renal, cardíaco, pulmonar o hepático, el CMV puede provocar diversos síndromes como fiebre y leucopenia, hepatitis, neumonitis, esofagitis, gastritis, colitis y retinitis. El mayor período de riesgo es de 1 a 4 meses después del transplante. La infección primaria por un órgano transplantado seropositivo es más importante que la reinfección, que es cuando el individuo ya estaba infectado por CMV. La enfermedad va a estar relacionada con el grado de inmunosupresión, que puede ser por consumo de agentes inmunosupresores como globulina antitimocito, los pacientes transplantado, los pacientes con SIDA, son los más vulnerable a la infección por CMV.

booksmedicos.org

3. Manifestaciones clínicas:

Comienzan con fiebre prolongada, malestar, anorexia, cansancio, sudores nocturnos y artralgias o mialgias. Pueden observarse trastornos hepáticos, leucopenia, trombocitopenia y linfocitosis atípica. La afección del aparato respiratorio se manifiesta por taquipnea, hipoxia y tos no productiva, al examen radiológico se observa infiltrado bilaterales intersticiales o reticulonodulares que se inician en la periferia de los lóbulos inferiores y se extienden hacia arriba y al centro. La afección digestiva puede ser localizada o extensa, aparecen úlceras en el esófago, estomago, intestino delgado o colon que pueden evolucionar hacia una hemorragia o perforación. Puede desencadenar la exacerbación de una colitis infecciosa subyacente. Se observan dos formas de encefalitis por CMV en pacientes con SIDA, una que se asemeja a la del VIH manifestada por una demencia progresiva y la otra es una ventriculoencefalitis caracterizada por un déficit de los pares craneales, nistagmo, desorientación, letargo y ventriculomegalia. En la retinitis se observan áreas blanquecinas y opacas de necrosis retiniana granulosa, posteriormente se producirán hemorragias, revestimiento vascular y edema retiniano. Las infecciones mortales se deben a viremia persistente con afección de múltiples órganos.

4. Diagnóstico:

El diagnóstico suele establecerse por aislamiento del virus a partir de muestras adecuadas, al igual que la demostración de títulos altos de anticuerpos.

5. Tratamiento:

La administración profiláctica de Aciclovir reduce la infección y enfermedad por CMV en receptores renales seronegativos, pero es efectivo para el tratamiento de una enfermedad activa. El ganciclovir es un inhibidor selectivo de la polimerasa del ADN del CMV, es más efectivo que el aciclovir. En el tratamiento de la retinitiscon ganciclovir se induce por 14 a 21 días (5mg/kg. IV 2 veces al día), manteniéndose luego por vía intravenosa u oral.

Para el mantenimiento por vía perenteral es de 5mg/kg. al día o 6 mg/kg. 5 días a la semana. Foscarnet también inhibe la polimerasa del ADN viral, pero es muy tóxico, para la retinitis se utiliza 60mg/kg. IV cada 8 horas durante dos semanas. Eltratamiento consiste en 90 a 120mg/kg. en venoclisis una vez al día.

TOXOPLASMOSIS

1. Concepto:

Es una infección causada por el parásito intracelular Toxoplasma gondii el cual tiene la capacidad de infectar a una gran variedad de mamíferos.

La toxoplasmosis puede ser un proceso asintomático o manifestarse de diversas formas que van desde linfadenopatías hasta afección de SNC.

Afecta principalmente al feto y a pacientes inmunocomprometidos.

2. Etiología y Patogenia:

T. gondii puede multiplicarse en dos formas:

a) Ciclo en huésped intermediario o forma asexuada: El hombre se infecta con el parásito, bien sea por inhalación e oocistos (protozoos producto de la reproducción sexuada por unión de gametos), contenidos en las heces de gato y por vía oral por consumo de carne poco cocida que contiene quistes (conjunto de parásitos dentro de una célula) de animales infectados. Todas estas formas parasitarias llegan al estomago donde gracias al PH ácido los quistes son dirigidos y se liberan los parásitos. Los taquizoitos pasan a la circulación y son transportados a diversos órganos como retina, tejido linfático, SNC, músculo y placenta en los cuales el parásito se introduce dentro de las celulas, se multiplica y forma vacuolas que más tarde provocan la lisis celular. En este momento se produce la respuesta inflamatoria mediada principalmente por linfocitos T. Aproximadamente 7 a 10 días después se

booksmedicos.org

forman quistes tisulares gracias a la introducción de los parásitos dentro de las células donde producen una serie de proteínas que se adhieren a la pared interna de la célula y hacen que estas se engrosen para proteger a los parásitos de la actividad inmunológica del organismo, de esta forma la infección puede persistir latente y asintomática durante muchos años.

b) Ciclo del huésped definitivo o forma sexuada: Esta forma se da en los gatos. Cuando las formas parasitarias llegan al intestino del felino se inicia el ciclo entroepitelial en el cual se producen una serie de cambios que culminan en la producción de dos gametos y un cigoto que es expulsado como un oocisto no esporulado por las heces y que al caer en la tierra sufre un proceso de esporulación para convertirse en un oocisto esporozoito infectante.

3. Forma de transmisión:

a) Forma oral: por consumo de carnes mal cocidas contaminadas y por inhalación de parásitos contenidas en heces de gato.

a) Forma congénita: de madre a hijo a través de la placenta.

La infección por Toxoplasma se debe a dos factores: la presencia del parásito dentro de las células y el proceso inflamatorio con la subsiguiente afección celular.

Durante el proceso agudo de la enfermedad los parásitos son de tipo taquizoito y por lo tanto su reproducción es rápida pudiendo dar origen a un proceso generalizado cuando son transportados por los macrófagos hacia dibersos tejidos que destruyen. La respuesta inflamatoria puede causar vasculitis sobre todo a nivel periacueductual y periventricular. Si el sistema inmune del individuo logra vencer a los taquizoitos se pasa al estado quístico latente de la enfermedad, de lo contrario como sucede en inmunocomprometidos y feto podría producirse la muerte. En estos casos hay reactivación de la infección en los que el individuo se hipersensibiliza (como ocurre en reacciones alérgicas) y se producen daños en tejidos que son irreparables como la retina.

4. Manifestaciones Clínicas:

En pacientes inmunocompetentes lo más frecuente es la forma asintomática de la infección. La linfadenopatía también es un proceso que se encuentra con bastante frecuencia y puede venir acompañado de síntomas inespecíficos como fiebre, mialgia y cefalea. Otra forma de manifestación de la enfermedad es por la afección del órgano parasitado pudiendo producir Miocardiopatía, Neumonía y Hepatitis.

a) La toxoplasmosis congénita se trasmite en 1/3 de las madres enfermas y va a depender del momento del embarazo en el cual la madre se infecta. Mientras mas temprano adquiera la infección, menos probabilidad existe de que se contagie el feto. El niño generalmente nace asintomático y luego presenta coriorretinitis, estrabismo, trastornos psicomotores, convulsiones e hidrocefalia.

Las manifestaciones oculares son bastantes frecuentes y podemos encontrarlas en:

1) Toxoplasmosis ocular congénita que se observa en la tétrada de Sabin: microcefalia o hidrocefalia, clacificaciones cerebrales, convulsiones y coriodorretinitis.

2) Toxoplasmosis ocular no congénita en los que hay coriorretinitisnecrozante debido al proceso inflamatorio a la hipersensibilidad.

En inmunocomprometidos (SIDA, la toxoplasmosis constituye la enfermedad oportunista del SNC más común sobre todo cuando los niveles de linfocitos TCD4 están por debajo de 10um. Su manifestación más común es la encefalitis que se debe en el 95% de los casos a una reactivación de la enfermedad latente y que se caracteriza por alteración del estado mental, convulsiones, parálisis de nervios craneales, afasia y déficit motor.

5. Diagnóstico:

Se deben tener en cuenta grupos sospechosos como pacientes inmunocomprometidos, niños de madres infectadas o con daño ocular y mujer embarazada con linfadenopatía y antecedentes.

booksmedicos.org

Pueden realizarse diversos métodos diagnósticos como:

- Inoculación en animales

- Biopsia de quistes tisulares o de ganglio linfático y en inmunosuprimidos.

- Biopsia de cerebro, aunque es preferible en estos casos aplicar terapia empírica.

- Pruebas serológicas que identifiquen niveles de IgM, tales como ELISA e intradermoreacción. Los niveles de IgM aumentan 4 a 8 semanas después de iniciada la infección, permanecen durante la fase aguda de la enfermedad y luego desaparecen, mientras que los niveles de IgG aumentan 1 a 2 meses después de adquirida la infección y puede durar años. De modo que el resultado de la prueba serológica puede interpretarse según diversos resultados:

IgG -	IgM +	Fase temprana de la infección
IgG +	IgM +	Infección aguda
IgG +	IgM -	No hay infección aguda
IgG -	IgM -	No hay infección

6. Tratamiento:

Pirimetamina con Sulfadiazina (con ac. Folínico).

PNEUMONIA POR NEUMOCITIS CARINII

1. Concepto:

Pneumocitis carinii es un hongo patófeno oportunista que habita normalmente en el pulmón y que produce nemonía intersticial en pacientes inmunocomprometidos o con debilidad en su sistema inmunológico tales como:

- Prematuros

- Lactantes debilitados

- Pacientes con cáncer

- Pacientes con SIDA, en los cuales se presenta en más del 80% de los casos, sobre todo cuando hay graves trastornos de la inmunidad celular con niveles de TCD4 menores de 200mu. Constituye una de las primeras causas de muerte de estos pacientes.

- El hongo se transmite por vía aérea y tiene un período de incubación de 4 a 8 semanas.

2. Patogenia:

Una vez inhalado el hongo llega por vía traqueo bronquial a los alvéolos donde se va extendiendo cada vez mas a medida que el sistema inmunológico se va debilitando, el hongo también puede estar presente en el pulmón y activarse su patogenia por la debilidad del sistema inmunológico. Una vez en el alvéolo, se adhiere a la superficie de los pneumocitos tipo 1 a través de un conjunto de glicoproteínas de superficie, acompañado de aumento de la permeabilidad alvéolo-capilar, infiltración de células mononucleares, engrosamiento del tabique y lesión de pneumocitos tipo 1. En las formas más graves del proceso hay edema intersticial, fibrosis y atrofia de células de tipo II como producto de una reacción reparadora.

3. Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas iniciales son fiebre, disnea y tos seca sin expectoración. Al examen físico se encuentra taquicardia y taquipnea. La radiografía de tórax muestra en el 80 a 90% de los pacientes infiltrados difusos bilaterales y prehileares. La infección produce disminución de la perfusión de CO^2 e hipoxia.

4. Diagnóstico:

Debido a la inespecificidad de los síntomas es prácticamente imposible realizar un diagnóstico del agente causal a través de tinciones especiales de Neumocitis Carinii como tinción de Metenamina Argéntica, Giemsa o Right-Giemsa de muestras de

booksmedicos.org

esputo inducido (método no invasivo) o de lavado bronqueoalveolar (método invasivo). Cuando no se consigue el resultado positivo puede recurrirse a la biopsia pulmonal.

5. **Tratamiento:**

Se utiliza Trimetroprim y Sulfametoxazol.

6. **Antecedentes Quirúrgicos:**

CIRUGÍA

1. **Concepto de Cirugía:**

Todo procedimiento instrumental, realizado por médicos con fines diagnósticos.

Todo procedimiento instrumental, realizado por médicos con fines diagnósticos o con fines curativos.

2. **Tipos:**

- Insición (sufijo Tomia).

  Ejemplo: Insición del abdomen: Laparotomía.

  Insición del Tórax: Toracotomía.

- Abertura y comunicación con la piel (sufijo Stomia).
  Ejemplo: Comunicación de la tráquea con la piel: Traquiostomía.

- Comunicación del estómago con la piel: Gastrostomía.

- Extirpación: (sufijo Ectomia).

  Ejemplo: Extirpación del estomago: Gastrectomía.
  Extirpación del Apéndice: Apendicectomía.
  Extirpación de Utero: Histerectomia.

- Reconstrucción de un órgano: (sufijo Plastia).

  Ejemplo: Plastia de la nariz (Rinoplastia).

- Sutura (Sufijo Rafia).

  Ejemplo: Miorrafia: Sutura del músculo.

3. **Complicaciones:**

Infecciones post-operatorias, hemorragias, adherencias.

4. **Antecedentes Traumáticos:**

TRAUMATISMOS

1. **Concepto de traumatismo:**

Término general, que incluye toda clase de lesiones internas o externas, por violencia exterior.

2. **Tipos:**

a) ***Traumatismos cerrados***: en los cuales no hay lesión abierta de la piel. Ej. Conmoción Cerebral (sacudida brusca del encéfalo, con pérdida transitoria de la conciencia).

b) ***Traumatismos abiertos:*** en los que si hay lesión de tejidos superficiales y pueden ser:

- Heridas cortantes (se extienden en longitud).
- Heridas punzantes (se extienden en profundidad).
- Escoriación (pérdida de las capas más superficiales de la piel).
- Laceración (herida desgarrada, anfractuosa, con bordes irregulares).

c) ***Quemaduras:*** Primer Grado: sólo afectan la epidermis (eritema solar). Segundo Grado: afectan la dermis y producen ampollas. Tercer Grado: afectan estructuras profundas, músculos, huesos, etc.

booksmedicos.org

3. Manifestaciones clínicas:

En general: dolor, inflamación, pérdida del conocimiento, solución de continuidad.

4. Complicaciones y secuelas:

Infecciosas, deterioro del órgano o tejido, disminución o falta de actividad en la zona afectada, etc.

5. Antecedentes Obstétricos:

EMBARAZO

Período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

Manifestaciones clínicas:

Signos de probabilidad:

- Supresión de las reglas.
- Trastornos digestivos (náuseas y mareos).
- Abultamiento progresivo del abdomen.
- Modificación de las mamas.
- Coloraciones pigmentarias.
- Soplo uterino.

Signos de certeza:

- Movimientos activos y pasivos del feto.
- Choque fetal.
- Ruidos cardíacos fetales.
- Rx a partir del 3er. trimestre.
- Ecografía.

PARTO

Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno, de un feto viable y sus anexos.

Manifestaciones clínicas:

Estado de aproximación, dilatación y expulsión.

Tipos de Partos:

- ***Artificial:*** parto facilitado por medios manuales o instrumentales.
- ***Complicado:*** parto en que ocurre un accidente, hemorragia, eclampsia, etc.
- ***Eutócico:*** parto normal.
- ***Distócico:*** parto anormal por causa fetal o materna.
- ***Falso:*** parto iniciado, en el que han cesado las contracciones uterinas.
- ***Gemelos:*** parto de dos o más fetos.
- ***Inducido:*** parto provocado.
- ***Prematuro:*** parto de un feto viable, antes de los 260 días de embarazo.
- ***Provocado:*** parto inducido por medios artificiales, con objeto de salvar la vida de la madre, la del feto o la de ambos, que estarían comprometidas si se dejara llegar al embarazo a término.
- ***Tardío:*** parto después de 280 días de embarazo.

Complicaciones embarazo y parto:

1. ***Preclampsia:*** consiste en la aparición después del 4° o 5° mes de embarazo, de proteinuria, hipertensión, arterial y edema.
2. ***Eclampsia:*** cuando en el embarazo, parto o post-parto, hay convulsiones.

booksmedicos.org

3. ***Desprendimiento prematuro de la placenta.***
4. ***Embolia del líquido amniótico.***
5. ***Alteraciones de la coagulación, provocando hemorragias.***

PUERPERIO

Período que transcurre desde el parto, hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer, vuelven al estado ordinario, anterior a la gestación.

Complicaciones del Puerperio:

a) Infección puerperal.
b) Subinvolución uterina.
c) Trastornos de la lactancia e infección de las glándulas mamarias.

ABORTO

Concepto de Aborto:

Interrupción del embarazo antes de las 24 semanas, cuando el feto todavía no es viable.

Tipos:

- ***Completo:*** expulsión del feto y placenta completos.
- ***Incompleto:*** el que va seguido de retención de parte de la placenta o parte del feto.
- ***Natural o espontáneo:*** el que ocurre espontáneamente sin causa aparente.
- ***Provocado o inducido:*** el que se practica con fines terapéuticos.
- ***Criminal:*** cuando el aborto es provocado, sin ninguna justificación terapéutica.

- ***Amenaza de aborto:*** cuando hay sangramiento durante la gestación, que puede evolucionar a aborto en evolución e inevitable.
- ***Aborto habitual:*** el que repite en embarazos sucesivos.
- ***Aborto inevitable:*** aquel cuyo curso no puede detenerse.

VACUNAS Y VACUNACIÓN

1. Vacunas:

Son productos preparados en diferentes formas, conteniendo sustancias antigénicas. Cuando se introducen al organismo, al poco tiempo provocan la aparición de anticuerpos específicos correspondientes y confieren una inmunidad activa cuya duración es variable, entre meses y años. Ocasionalmente es permanente.

2. Vacunación:

Procedimiento en el cual se administran virus, bacterias muertas o atenuadas que han perdido su toxicidad, pero que son capaces de provocar una reacción inmunológica, destinada a evitar que el sujeto sufra la o las enfermedades que se desean prevenir.

Los tipos más importantes de vacunas son:

a) Cólera
b) Difteria
c) Influenza
d) Parotiditis
i) BCG (TBC)
j) Gripe
e) Pertusis
f) Poliomielitis
g) Rubeola
h) Tétanos
k) Trivalente (DPT)
l) Antiamarílica

3. Sueros específicos:

Constituyen sustancias preparadas extrayendo el plasma de animales inmunizados por diferentes métodos o el plasma de

booksmedicos.org

pacientes convalescientes. Estos sueros son ricos en anticuerpos y confieren en pocas horas una inmunidad pasiva al sujeto que las recibe, pero esta inmunidad es de breve duración.

Ejemplos de Interrogatorios de los Antecedentes Personales Obtenidos de Pacientes Hospitalizados o de Consulta Externa del Hospital Universitario y de Pacientes Privados

ANTECEDENTES INFECTO-CONTAGIOSOS

Adenitis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de ganglios inflamados o de alguna seca?
P. Sí.

Dr. ¿Cuándo?
P. Hace 5 años

Dr. Cuénteme eso
P. En 2004 presenté ganglios inflamados, aquí en el cuello; consulté a este Hospital, me hicieron una biopsia y después me trataron con Hidracida, Etambutol, Estreptomicina y mejoré

Dr. ¿En qué parte del cuello le aumentaron los ganglios?
P. Aquí (señala la región supraclavicular)

Dr. ¿Cómo eran esos ganglios, duros, blandos o dolorosos?
P. Eran grandes, dolorosos y algo duros

Dr. ¿Cuánto tiempo estuvo con los ganglios grandes?
P. Bueno, unos cuatro meses

booksmedicos.org

Dr. El tratamiento que Ud. dijo, ¿Por cuánto tiempo lo tomó?
P. Por una año
Dr. ¿Sabe qué enfermedad tenía?
P. Sí, Tuberculosis
Dr. ¿Le han hecho controles?
P. Sí. Cada año me controlo en el servicio de Neumo

Amigdalitis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de las amígdalas?
P. Sí
Dr. ¿Cuándo?
P. Muchas veces
Dr. ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente le da Amigdalitis?
P. Una o dos veces al año
Dr. ¿Qué es lo que siente?
P. Bueno, me da fiebre y dolor para tragar
Dr. ¿Cómo se la han tratado?
P. Con antibióticos y tocamientos locales, se me cura en 2 ó 3 días
Dr. ¿Ha tenido alguna complicación?
P. No

Artritis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Artritis?
P. Sí. A veces me duele la rodilla derecha
Dr. Cuando le duele la rodilla derecha, ¿se le hincha, se le pone caliente?
P. No, sólo me duele y me dura uno o dos días.
Dr. ¿Pero alguna vez se le ha hinchado alguna articulación?

P. Sí. Hace 10 años con un golpe, se me hinchó una rodilla y me dolía
Dr. Cuál rodilla se le hinchó, la derecha o la izquierda?
P. La izquierda.
Dr. ¿Cuánto tiempo le duró el dolor y la hinchazón en la rodilla?
P. El Doctor "tal" me punzó y me sacó líquido y luego me mandó unas inyecciones que me mejoraron mucho.
Dr. ¿Recuerda Ud. qué color tenía el líquido?
P. Sí. Era de color amarillo
Dr. ¿Posteriormente, esa rodilla no le ha molestado más?
P. No

Bronquitis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Bronquitis?
P. Sí. Cuando tengo gripe
Dr. ¿Por qué dice cuando tiene gripe; qué es lo que usted siente?
P. Cuando tengo gripe, a veces me da bronquitis con tos y expectoro mucho
Dr. ¿Qué color tiene la expectoración?
P. Así como moco de la nariz y a veces verdosa
Dr. ¿Cuánto le dura?
P. De 6 a 7 días
Dr. ¿Cómo se la trata?
P. Tomo Bisolvon
Dr. ¿Se le quita con el Bisolvon totalmente?
P. Sí

booksmedicos.org

Catarro:

Dr. ¿Ha padecido de catarro?
P. Sí. Excepcionalmente

Dr. Cuando tiene catarro, ¿Qué siente?
P. Dolor de garganta y mucho malestar

Dr. ¿Presenta moco por la nariz o tos con expectoración?
P. Sólo moco por la nariz

Dr. ¿Cómo se trata o le han tratado el catarro?
P. Tomo aspirinas y limonadas

Difteria:

Dr. ¿Ha tenido Ud. Difteria?
P. No

NOTA: No se han obtenido antecedentes positivos de Difteria en ningún paciente.

Parotiditis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. parotiditis o paperas?
P. Sí

Dr. ¿En qué fecha?
P. No recuerdo la fecha, pero fue más o menos entre los 10 y los 12 años

Dr. ¿Recuerda Ud. como le dio parotiditis o paperas?
P. Recuerdo que me dio fiebre y se me pusieron grandes los cachetes

Dr. ¿Se le bajó la parotiditis?
P. Creo que sí, porque mi mamá me acostó en la cama para que hiciera reposo

Dr. ¿Tiene Ud. hijos?
P. Sí. Tengo 4

Lechina:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Lechina?
P. Sí, a los 14 años

Dr. ¿Recuerda Ud. cómo le dio la Lechina?
P. Sí, recuerdo que me dio erupción y fiebre

Dr. ¿No recuerda más nada?
P. No

Dr. ¿Cómo se la trataron?
P. Con remedios caseros

Dr. ¿Presentó alguna complicación?
P. No, que recuerde

Sarampión:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Sarampión?
P. Sí. Cuando era pequeño y me tuvieron que hospitalizar por un problema pulmonar.

Dr. ¿No recuerda cual fue el problema pulmonar?
P. No, porque era muy pequeño. Sólo me dijo mi mamá que estuve muy grave y hospitalizado uno seis días.

Rubeola:

Dr. ¿Ha tenido Ud. Rubeola?
P. Sí

Dr. ¿En qué fecha?
P. Cuando tenía 24 años

Dr. ¿Estaba Ud. embarazada?
P. Sí

Dr. ¿De cuántos meses?
P. De cuatro meses

Dr. ¿El niño le salió normal?
P. Completamente

booksmedicos.org

Dr. ¿Recuerda cómo le dio Rubeola?
P. Me puse roja y me dio fiebre

Tosferina:

Dr. ¿Ha tenido Ud. Tosferina?
P. No, estoy vacunado

Dr. ¿Sabe Ud. cuántas vacunas le pusieron?
P. No

Fiebre Tifoidea:

Dr. ¿Sabe Ud, lo qué es la fiebre Tifoidea?
P. No. Creo que es una enfermedad que se transmite por las aguas sucias

Dr. ¿La ha padecido Ud.?
P. Sí, cuando era pequeño

Dr. ¿Recuerda algo de lo que le dio?
P. No, porque era muy pequeño; sólo sé que estuve hospitalizado

Dr. ¿No sabe Ud. con qué lo trataron o si lo operaron?
P. Creo que sólo me trataron con medicinas

Pleuresía:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de agua en la pleura?
P. Sí, cuando tenía 18 años

Dr. Cuénteme todo lo que recuerde de su enfermedad
P. Me dio mucho dolor en el pecho y fiebre, me llevaron al hospital y me hicieron una radiografía y luego me hospitalizaron

Dr. Mientras estuvo hospitalizado, qué le hicieron?
P. Me sacaron líquido de la pleura y me administraron muchos antibióticos

Dr. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?
P. Unos 3 meses

Dr. Cuando le sacaron el líquido, ¿de qué color era?
P. Así, amarillento.

Dr. ¿Qué antibiótico, en qué cantidad y por cuánto tiempo se lo dieron?
P. El nombre no lo recuerdo, pero eran unas 12 pastillas al día y una inyección intramuscular. La tomé durante un año.

Dr. ¿Se ha controlado después?
P. Sí, en la Unidad Sanitaria todos los años.

Neumonía:

Dr. ¿Ha tenido Ud, Pulmonía?
P. Sí, el año pasado

Dr. ¿Qué sintió Ud.?
P. Fiebre, asfixia y dolor en el pecho

Dr. ¿Y tos con expectoración?
P. Sí, mucha tos y mucha expectoración de color rojizo oscuro

Dr. ¿Cómo le hicieron el diagnóstico de Pulmonía?
P. Me hicieron una radiografía

Dr. ¿De qué lado era la pulmonía?
P. Del lado derecho

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Mucha penicilina, muchas inyecciones de penicilina

Dr. ¿Tuvo alguna complicación?
P. No

Otitis:

Dr. ¿Ha estado enfermo de los oídos?
P. Sí, del oído derecho

Dr. ¿Cuándo fue eso?
P. Hace 5 años

booksmedicos.org

Dr. ¿Qué era lo que sentía?
P. Dolor, mucho dolor y a los tres días empezó a salir pus.

Dr. ¿Consultó algún médico?
P. Sí. Consulté un médico que me dijo que tenía una otitis externa y me mandó unas gotas y unas inyecciones que me mejoraron mucho, pero ahora oigo poco de ese oído.

Tuberculosis:

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Tuberculosis?
P. Sí, hace 4 meses me la diagnosticaron

Dr. ¿Puede contarme cómo fue?
P. Yo tengo artritis y para mejorarme tomo Meticorten; hace 4 meses me dio mucha fiebre, como por un mes. Como no mejoré consulté un médico, quién me pidió una radiografía de los pulmones y me dijo que tenía líquido; me mandó al Algodonal y allá me sacaron el líquido y me dijeron que tenía tuberculosis en la pleura

Dr. ¿Mientras tuvo fiebre, no tomó ninguna medicina?
P. Claro que sí; tomé muchos antibióticos pero no mejoré nada, por eso consulté a un Internista

Dr. ¿Recuerda de qué color era el líquido que le sacaron?
P. Era así como amarillo; bueno, también me hicieron biopsia de pleura.

Dr. ¿Qué tratamiento le mandaron?
P. Me mandaron hidracida, etambutol y estreptomicina, pero la estreptomicina al mes me la suspendieron porque me estaba poniendo sordo y me la cambiaron por rimactan

Dr. ¿Cuánto tiempo después que tomó ese tratamiento empezó a mejorar y se le quitó la fiebre?
P. A los 15 días estaba mejor y no tenía fiebre

REDACCIONES:

Adenitis:

En 2004, presentó adenopatía grande y dolorosa en regiones supraclaviculares; por biopsia se le diagnosticó tuberculosis ganglionar y fue tratado durante un año, con hidracida, etambutol y estreptomicina, con curación. Acude a controles anualmente.

Amigdalitis:

Numerosas afecciones amigdalares una o dos veces al año que mejoran con antibióticos. No ha tenido complicaciones.

Artritis:

Hace 10 años (1999), presenta hidroartrosis post-reumática en rodilla izquierda; fue tratada con artrocentesis con mejoría y sin secuela.

Bronquitis:

Bronquitis frecuente después de afección gripal, con tos y expectoración mucosa, a veces mucopurulentas.

Catarro:

Excepcionalmente, que cede con aspirina y limonada caliente.

Difteria:

Niega.

Paperas:

Paperas entre los 10 a 12 años, con posible orquitis, sin esterilidad.

booksmedicos.org

Lechina:

Lechina a los 14 años, tratada con remedios caseros, con evolución satisfactoria y sin complicaciones.

Sarampión:

Sarampión en la infancia, con complicación pulmonar, que ameritó 6 días de hospitalización.

Rubeola:

A los 24 años de edad, con embarazo de 4 meses, con parto a término normal.

Tosferina:

No refiere; ha sido vacunado.

Fiebre Tifoidea:

En la infancia, con hospitalización y tratamiento médicos.

Pleuresía:

A los 18 años, pleuresía tuberculosa tratada durante un año, con controles anuales en la unidad sanitaria.

Neumonía:

Neumonía derecha en 2007, tratada con penicilina, con mejoría y sin aparente secuela.

Otitis:

Hace 5 años, otitis tratada, con hipoacusia subsiguiente.

Tuberculosis:

Hace 4 meses presentó síndrome febril de un mes de duración, con derrame pleural, se le solicitó Rx de tórax y se le practicó

toracocentesis y biopsia de pleura, diagnosticándosele T.B.C. pleural y le indicaron: hidracida, etambutol y estreptomicina, esta última fue cambiada por rifampicina, por ototoxicidad.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Bilharzia:

Dr. ¿Me dijo Ud. que vive en Macuto?
P. Sí

Dr. ¿Se ha bañado Ud. en los ríos del litoral?
P. Sí, cuando era muchacho.

Dr. ¿Muchas veces?
P. Sí

Dr. ¿Sabe Ud. qué es la Bilharzia?
P. No

Dr. Cuando se bañaba en los ríos del litoral, ¿presentaba picazón en la piel?
P. Sí, cuando había en el río aguas malas

Dr. ¿Qué le daba?
P. Unas ronchas en la piel que me picaban mucho.

Dr. ¿Se ha hecho Ud. examen de heces?
P. No, nunca

En este caso, el paciente tiene antecedente bilharziano positivo. El examen físico y los exámenes complementarios lo demostrarán. Cuando se le ha realizado previamente el diagnóstico de Bilharzia, se debe indagar, manifestaciones clínicas, tratamiento y secuela.

Chagas:

Dr. ¿Ud. es del Estado Guárico?
P. Sí

booksmedicos.org

Dr. ¿Conoce el chipo, pito, pitón?
P. Sí

Dr. ¿Lo han picado?
P. Sí

Dr. ¿Le han realizado examen para la enfermedad de Chagas?
P. Mi doctor me dijo que padecía del mal de Chagas y me mandó al Instituto de Medicina Tropical, donde me hicieron picar por los chipos y me dijeron que padecía de Chagas

Dr. ¿Ha padecido Ud. de Paludismo?
P. Sí

Dr. ¿Cuándo?
P. Después del servicio militar

Dr. Cuénteme como fue eso
P. Yo serví en el Territorio Delta Amacuro en 2006 y allí nos daban todos los días Aralen, ya que había paludismo. Cuando me dieron de baja, yo no tomé más las pastillas y luego vine a Caracas en donde me dio mucha fiebre; consulté a este hospital y me diagnosticaron paludismo

Dr. ¿Cuántos días después que le dieron de baja le dio paludismo?
P. Más o menos a los 5 días

Dr. ¿Tanía escalofríos?
P. Sí, antes de la fiebre me daban muchos escalofríos.

Dr. ¿Cuánto le duró la fiebre?
P. De 2 a 3 horas

Dr. Cuánto alcanzaba la fiebre?
P. Alta, 39 y 40° C

Dr. ¿Recuerda cómo le hicieron el diagnóstico?
P. Sí, me sacaron la sangre, la pusieron en una lámina, la llevaron al laboratorio y allí me diagnosticaron paludismo

Dr. ¿En qué momento le hicieron el examen?
P. Cuando me comenzó el escalofrío

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Creo que con Atebrina

Dr. ¿Presentó algún problema?
P. No

Lepra:

Dr. ¿Ha estado en contacto con leproso?
P. No

Buba:

Dr. ¿Ha padecido Buba?
P. Sí, hace 40 años

Dr. ¿En dónde?
P. Aquí en la pierna

Dr. ¿Recuerda Ud. cómo le dio la enfermedad?
P. Sí, en parte; me salió una úlcera en la pierna, que me dejó esta cicatriz

Dr. ¿Cómo se le curó?
P. Sola

Parasitosis:

Dr. ¿Ha tenido parásitos?
P. Sí

Dr. ¿Cuál?
P. Tuve lombrices y giardia

Dr. ¿Cuándo?
P. Las lombrices en la infancia, y la giardia hace un año

Dr. ¿Por qué sabe que tuvo lombrices (Ascaris,en la infancia?)
P. Porque los botaba y me lo trataron varias veces

Dr. ¿Y la giardia?

booksmedicos.org

P. Eso me salió en la heces hace un año y me mandaron medicinas y creo que me curé

Dr. ¿Ha tenido otro parásito?
P. No, que yo sepa

REDACCIONES

Bilharzia:

Antecedente bilharziano positivo, con numerosos baños en la infancia, en ríos; con manifestaciones dermatológicas sujetivas de bilharzia.

Chagas:

Paciente con antecedente positivo de Chagas con diagnóstico confirmado, con tratamiento con Lasix®, Digoxina y Quinidex®.

Lepra:

Niega contacto con leproso.

Paludismo:

En 2006 se le diagnostica paludismo, después del servicio militar en el Territorio Delta Amacuro, siendo tratado en el H.U.C., con curación.

Buba:

Hace 40 años, con úlcera en miembros inferiores, con curación espontánea.

Parasitosis:

Ascaridiasis en la infancia, tratada con medicina que no precisa. Hace un año, giardia; tratada con aparente curación.

ANTECEDENTES ALERGICOS

Dr. ¿Es Ud. Alérgico?
P. Sí

Dr. ¿A qué?
P. A muchas cosas

Dr. Cíteme a qué cosas
P. Al huevo, chocolate, cochino, etc

Dr. ¿Qué es lo que le da con la alergia?
P. Urticaria; me salen ronchas en el cuerpo, que me pican mucho

Dr. ¿Cómo le mejora la urticaria?
P. Con antialérgicos

Dr. ¿Es alérgico a la penicilina o aspirina?
P. Sí, como no

Dr. Cuénteme sobre su alergia a la penicilina
P. En 2003 me inyectaron penicilina por una amigdalitis y me dio una alergia brava, me hinché todo y me tuvieron que hospitalizar

Dr. ¿Le bajó la tensión?
P. Sí, mucho

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Con adrenalina y decadron®.

Dr. ¿Dónde le administraron la adrenalina?
P. aquí, en la pierna

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí, rápidamente

Dr. ¿Ha tenido otro tipo de alergia?
P. No

booksmedicos.org

REDACCIÓN

Alérgico al huevo, chocolate y cochino, expresado por urticaria que cede con anti-histamínicos (clorotrimetron®) y adrenalina.

ANTECEDENTES VENEREOS

Dr. ¿Ha tenido enfermedad venérea o de mujeres?
P. Sí

Dr. ¿Cuál?
P. La gonorrea

Dr. ¿Cuándo?
P. Cuando era muchacho

Dr. ¿Cuántas veces?
P. Dos o tres veces

Dr. ¿Dónde se la trataron y con qué?
P. En la unidad sanitaria y creo que con penicilina

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí

Dr. ¿Ha tenido cruces en la sangre?
P. Sí, hace 14 años, no me quisieron dar el certificado de salud porque tenía 4 cruces en la sangre

Dr. ¿Qué le hicieron?
P. Me preguntaron en la unidad sanitaria, con quién había tenido relaciones sexuales y dónde, y me mandaron unos 14 frascos de penicilina

Dr. ¿Y le desaparecieron las cruces?
P. Sí, ahora soy negativo

Dr. ¿Presentó úlcera en alguna parte de su miembro?
P. No, que yo recuerde

REDACCIÓN

Blenorragia en la juventud, en 2 ó 3 oportunidades; tratado en la unidad sanitaria con penicilina. Hace 14 años, serología positiva para sífilis, tratado en unidad sanitaria con 14 frascos de penicilina, con aparente curación.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Dr. ¿Lo han operado a Ud.?
P. Sí

Dr. ¿De qué?
P. De la matriz y de la apéndice

Dr. ¿Cuándo le hicieron la intervención?
P. Hace dos años

Dr. ¿Las dos?
P. Sí, las dos al mismo tiempo

Dr. ¿Por qué le operaron la matriz?
P. Porque tenía un fibroma y sangraba mucho y las menstruaciones eran muy dolorosas

Dr. ¿La operaron de emergencia o la prepararon antes?
P. No, me prepararon antes

Dr. ¿Presentó algún problema, durante o después de la intervención?
P. Bueno, después de la intervención, se me infectaron unos puntos

Dr. ¿Y cómo la trataron?
P. Me exprimieron la herida y me mandaron antibióticos.

Dr. ¿Y evolucionó bien?
P. Sí

Dr. ¿Tuvo otro problema después de la operación?
P. Sí, me dan oleadas de calor y mucho nerviosismo; usted sabe, me vino la menopausia

booksmedicos.org

REDACCIÓN

Hace dos años se le realizó histerectomía y apendicectomía profiláctica. En el post-operatorio, presentó absceso de pared, tratado con drenaje y antibióticos, con mejoría. Desde entonces presenta síntomas menopáusicos.

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Dr. ¿Ha tenido Ud. traumatismos (golpes o fracturas)?
P. Sí

Dr. ¿Cuándo?
P. Hace seis meses en un accidente, me fracturé la pierna derecha

Dr. ¿Presentó pérdida del conocimiento?
P. Sí, pero por poco tiempo; uno o dos minutos

Dr. ¿Dónde y cómo lo trataron?
P. En el Hospital de Coche, me hicieron radiografía del cráneo y me pusieron un clavo en la pierna

Dr. ¿Presentó algún problema, durante o después de la intervención?
P. Bueno, la pierna me duele cuando hace frío y me quedó un poco más corta

REDACCIÓN

Fractura de la tibia derecha hace 6 meses; tratada con colocación de clavo, con discreto acortamiento y dolor en el sitio de la fractura, con baja temperatura. Presentó pérdida del conocimiento, por dos minutos, después del accidente. La radiografía del cráneo, fue aparentemente normal.

ANTECEDENTES DE VACUNACIONES Y SUEROS

Dr. ¿Qué vacuna le han puesto?

P. La triple, el polio, la de aquí (señala el brazo), viruela

Dr. ¿En la espalda no le han puesto?
P. Sí (BCG)

Dr. ¿Ha presentado algún problema con la vacuna?
P. La del brazo me dio fiebre

Dr. ¿Le han puesto alguna vez suero o antitoxinas?
P. Suero, ¿qué es eso?

Dr. ¿Suero contra el tétano?
P. Ah, sí

Dr. ¿Dónde se lo aplicaron?
P. Aquí en la pierna

Dr. ¿Cuántas veces?
P. Una sola vez y no puedo ponerme más

Dr. ¿Por qué no puede ponérselo más?
P. Porque después que me lo pusieron me dio una enfermedad del suero

Dr. ¿Cómo fue eso?
P. Unos 8 días después de la antitoxina, yo no sé, creo que fue la antitoxina, me dio fiebre, ronchas en la piel y se me hincharon las coyunturas; me tuvieron que hospitalizar y me dijeron que tenía una enfermedad del suero

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Me mandaron meticorten

Dr. ¿Qué cantidad?
P. Creo que 4 tabletas diarias

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí, rápidamente

Dr. ¿Se vacunó contra el tétano?
P. Bueno, yo estaba vacunado

Dr. ¿Por qué le pusieron antitoxina?
P. Yo creo que la antitoxina que me pusieron era la vacuna y nadie me preguntó

booksmedicos.org

REDACCIÓN

Ha recibido las siguientes vacunas: triple, polio, viruela y BCG.

Suero:

Hace 12 años presentó enfermedad del suero, post-administración de antitoxina tetánica, que cedió con meticorten®.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Dr. ¿Ha estado embarazada?
P. Sí.

Dr. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
P. 3 embarazos.

Dr. ¿Y abortos?
P. 1 aborto.

Dr. ¿Han sido normales sus embarazos?
P. Sí, pero en el último me hicieron cesárea

Dr. ¿Por qué?
P. Por eclampsia.

Dr. ¿Ha presentado algún problema durante el embarazo, el parto o después del parto?
P. En mi último embarazo, me controlaron por la tensión alta y cruces en la orina, me dieron convulsiones y me realizaron cesárea.

Dr. ¿Cuándo fue su último embarazo?
P. Hace 4 años, en 2005.

Dr. ¿Después de la cesárea?
P. Se me infectaron unos puntos, pero se me cerraron rápido

Dr. ¿Ha tenido después la T.A. elevada?
P. Sí, por eso tomé aldomet® y las comidas sin sal.

Dr. ¿Y el aborto cuándo fue?
P. Fue en 2003.

Dr. ¿Qué fue lo que pasó?
P. Tenía 3 meses de embarazo y me caí, como a los 3 días comencé a sangrar, me vió el partero y me mandó reposo. Pero luego me dio mucha fiebre, estuve muy mal, me hicieron el curetaje, pero se me complicaron los riñones. Eso fue terrible.

Dr. ¿Por qué fue terrible?
P. Figúrese que estuve en terapia, gravísima como unos 10 días, no recuerdo muy bien lo que pasó.

Dr. ¿Y luego?
P. Poco a poco comencé a orinar y mejoré.

REDACCIÓN

Aborto:

Aborto en 2003 séptico con probable IRA.

Embarazos:

3 embarazos a término el último en 2006, con el cual presentó pre-eclampsia y eclampsia, por lo cual, le practicaron cesárea; en post-operatorio, presentó absceso de pared, que drenó espontáneamente. Desde entonces es conocida hipertensa y recibe tratamiento con Aldomet®, lasix y dieta hiposódica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergel P. Y García R (1995) Metodología del Diagnóstico. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.
2. Biswas S.V. (1998). Lo esencial en el Sistema Músculo Esquelético. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.
3. Cheshire E. (1998). Lo esencial en el Aparato Digestivo. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

booksmedicos.org

4. Debuse M. (1998). Lo esencial en el Sistema Endocrino y Aparato Reproductor. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

5. Durand M. y Papa R. (1998). Los Grandes Síndromes. 1 edición, Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

6. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. I, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España a) Cólera, pp. 1101-1106.; b) Virus de Herpes Simple, pp. 1237-1243.; c) Infecciones por Virus del Papiloma Humano, pp. 1258-1260.; d) Fiebre hemorrágica del Dengue / Síndrome del Shock del Dengue, pp. 1308c, 1311.; Infección Pneunocystis Carinii, pp. 1330-1377.; f) Infección por Toxoplasma, pp. 1371-1377.

7. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. II. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España. a) Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana: SIDA y Procesos Relacionados. pp. 2034-2107.

8. Litter, Manuel. Farmacología. 5a Edición. Editorial El Ateneo. 1975, pp. 1905-1954.

9. Loeb, Cecil. Tratado de Medicina Interna. XIV Edición. Editorial Interamericana, 1977. pp. 134-1038.

10. Merger, Robert. Manual de Obstetricia. 1964, pp. 88-226.

11. Pifano C., Félix. Aspectos de la Medicina Tropical en venezuela. Imprenta Universitaria.

12. Rakel, Robert, E. (1999). Compendio de práctica médica en atención. 2a Edición. cap. 8 pp. 114-128. Mc Graw-Hill Interamericana.

13. Saunder, Deveese. Tratado de Otorrinolaringologia. 1ra Edicón. Editorial Interamericana. pp. 54-317. (1963).

14. Hardmann, Joel G. (1996). Las bases farmacológicas de la terapeútica. Mc Graw-Hill Interamericana.

15. Durand, Mario y col. Grandes problemas en medicina del adulto. Fondo Editorial Facultad de Medicina UCV. Caracas, 2005. a) Diagnóstico y tratamiento.; b) Agilización de la Anamnesis.; c) Historia Clínica del Paciente.

booksmedicos.org

Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Personales

a) Adenitis

16. Antecedentes positivos
17. Fecha de iniciación del padecimiento
18. Localización
19. Características semiológicas
20. Duración
21. Tratamiento recibido
22. Complicaciones
23. Evolución.

b) Amigdalitis

1. Antecedentes positivos
2. Fecha y número de padecimientos
3. Síntomas presentados
4. Tratamiento recibido
5. Complicaciones.

c) Artritis

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Localización de la afección
4. Simetría

5. Características semiológicas
6. Duración
7. Tratamiento
8. Evolución
9. Complicaciones
10. Secuelas.

d) Bronquitis

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Circunstancia de aparición
4. Características semiológicas
5. Duración
6. Tratamiento
7. Evolución
8. Complicaciones
9. Secuela.

e) Catarro Común

1. Antecedentes positivos
2. Número de afecciones
3. Características semiológicas
4. Tratamiento
5. Evolución
6. Complicaciones.

f) Difteria

1. Antecedentes positivos de vacunación
2. Fecha de padecimiento
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Complicaciones
6. Secuela

g) Lechina

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Evolución
6. Complicaciones.

h) Sarampión

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Evolución
6. Complicaciones.

i) Rubéola

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Padecimiento durante el embarazo y mes de la gestación.
5. Tratamiento
6. Secuelas.

j) Paperas o Parotiditis

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Afectación de otras glándulas
5. Tratamiento
6. Secuela.

booksmedicos.org

k) Tosferina

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Complicaciones.

l) Fiebre Tifoidea

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Fuentes probables de contagio
4. Manifestaciones clínicas
5. Formas de confirmación diagnóstica
6. Tratamiento
7. Complicaciones.

m) Tuberculosis

1. Antecedentes positivos
2. Convivencia con tuberculoso
3. Tipo de tuberculosis
4. Manifestaciones clínicas
5. Tratamiento
6. Duración tratamiento
7. Complicaciones
8. Controles sucesivos

n) Pleuresia

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Tipo de pleuresía
4. Drenaje de pleuresía
5. Tipo de líquido drenado

6. Tratamiento
7. Complicaciones
8. Secuelas.

ñ) Neumonia

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Evolución
7. Complicaciones
8. Secuelas.

o) Otitis

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Complicaciones
6. Secuelas.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

a) Bilharzia

1. Procedencia o residencia en zona endémica
2. Frecuencia de baños en ríos y riachuelos
3. Manifestaciones clínicas dermatológicas
4. Manifestaciones clínicas digestivas
5. Exámenes de heces realizados
6. Prueba introdérmica y reacción de vogel
7. Tratamiento recibido.

booksmedicos.org

B) Chagas

1. Procedencia o residencia en zona endémica
2. Reconocimiento de Chipo, Pito o Pitón
3. Manifestaciones clínicas
4. Método diagnóstico
5. Tratamiento.

c) Lepra

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Secuelas.

d) Buba

1. Antecedentes
2. Fecha
3. Manifestaciones clínicas
4. Tratamiento
5. Secuelas.

e) Paludismo

1. Residencia o procedencia de zonas endémicas
2. Manifestaciones clínicas
3. Forma de realización de diagnóstico
4. Tratamiento recibido.

f) Parasitosis

1. Procedencia o residencia en zonas endémicas
2. Uso de alpargatas o letrinas
3. Ingestión de carne de cerdo o ganado vacuno

4. Manifestaciones dermatológicas
5. Manifestaciones digestivas
6. Expulsión de parásitos
7. Realización de examen de heces.

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

1. Antecedentes positivos
2. Fecha de comienzo
3. Forma de presentarse la alergia
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Complicaciones
7. Evolución.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

1. Antecedentes de intervenciones quirúrgicas
2. Fecha de las mismas
3. Tipos de intervenciones
4. Circunstancias en que fue realizada la intervención
5. Complicaciones pre, para y post operatorias
6. Evolución
7. Secuelas.

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

1. Antecedentes positivos
2. Fecha del trauma
3. Tipo de traumatismo
4. Si hubo o no, pérdida del conocimiento y su duración
5. Magnitud del traumatismo
6. Tratamiento
7. Complicaciones
8. Secuelas.

booksmedicos.org

ANTECEDENTES VENÉREOS

Blenorragia

1. Antecedentes positivos de contagio
2. Relaciones sexuales extramaritales
3. Fecha de las mismas
4. Manifestaciones clínicas
5. Diagnóstico
6. Tratamiento
7. Complicaciones
8. Evolución.

Sífilis

1. Antecedentes de sífilis congénita
2. Antecedentes de sífilis adquirida
3. Fecha de contagio de esta última
4. Manifestaciones clínicas
5. Diagnóstico
6. Tratamiento
7. Complicaciones
8. Evolución.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Antecedentes de embarazos y abortos
2. Número de embarazos y abortos
3. Edad de los embarazos, de los abortos y partos
4. Complicaciones pre, para, post-aborto y partos
5. Evolución
6. Complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergel P. Y García R (1995) Metodología del Diagnóstico. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

2. Biswas S.V. (1998). Lo esencial en el Sistema Músculo Esquelético. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

3. Cheshire E. (1998). Lo esencial en el Aparato Digestivo. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

4. Debuse M. (1998). Lo esencial en el Sistema Endocrino y Aparato Reproductor. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

5. Durand M. y Papa R. (1998). Los Grandes Síndromes. 1 edición, Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

6. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. I, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España. a) Cólera, pp. 1101-1106.; b) Virus de Herpes Simple, pp. 1237-1243.; c) Infecciones por Virus del Papiloma Humano, pp. 1258-1260.; d) Fiebre hemorrágica del Dengue / Síndrome del Shock del Dengue, pp. 1308c, 1311.; Infección Pneunocystis Carinii, pp. 1330-1377.; f) Infección por Toxoplasma, pp. 1371-1377.

7. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. II, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España. a) Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana: SIDA y Procesos Relacionados. pp. 2034-2107.

8. Litter, Manuel. Farmacología. 5a Edición. Editorial El Ateneo. 1975, pp. 1905-1954.

booksmedicos.org

9. Loeb, Cecil. Tratado de Medicina Interna. XIV Edición, Editorial Interamericana, 1977. pp. 134-1038.

10. Merger, Robert. Manual de Obstetricia. 1964, pp. 88-226.

11. Pifano C., Félix. Aspectos de la Medicina Tropical en venezuela. Imprenta Universitaria.

12. Rakel, Robert, E. (1999). Compendio de práctica médica en atención. 2a Edición. cap. 8 pp. 114-128. Mc Graw-Hill Interamericana.

13. Saunder, Deveese. Tratado de Otorrinolaringologia. 1ra Edicón. Editorial Interamericana. pp. 54-317. (1963).

14. Hardmann, Joel G. (1996). Las bases farmacológicas de la terapeútica. Mc Graw-Hill Interamericana.

15. Durand, Mario y col. Grandes problemas en medicina del adulto. Fondo Editorial Facultad de Medicina UCV. Caracas, 2005. a) Diagnóstico y tratamiento.; b) Agilización de la Anamnesis.; c) Historia Clínica del Paciente.

Los Antecedentes Familiares y los Hábitos Psico-biológicos

Los antecedentes familiares son muy importantes en ciertas enfermedades, ya que algunos padecimientos, casi siempre son hereditarios. En la diabetes, hay tendencia hereditaria; la hemofilia, es transmitida del abuelo al nieto, a través de la madre; la jaqueca, suele ser transmitida por la madre, a los hijos. Las alergias suelen ser hereditarias. El cáncer, a menudo surge en una u otra generación de la misma familia. La hipertensión arterial, tiene tendencia a aparecer en algunos miembros de una misma familia.

En general, hay dos grandes tipos de transmisiones hereditarias: la monogénica o simple y la poligénica o multifactorial.

1. Herencia Monogénica

Se heredan con carácter monogénico, aquellos trastornos debidos a mutaciones, que afectan a un simple par de genes.

Si el gen mutante está situado en un autosoma, se dice que la herencia, es de tipo autosómica. Si está situado en el gen sexual, se llama gonosómica.

Herencia autosómica dominante:

Cuando se producen manifestaciones clínicas en estado heterocigoto, es decir, sólo un alelo mutante.

Los criterios más importantes para reconocer una enfermedad hereditaria de tipo dominante son:

booksmedicos.org

1) Cuando un sujeto afectado, tiene un progenitor afectado, a excepción de cuando existe una mutación reciente o cuando existe herencia tardía, como sucede a veces con la Diabetes Mellitus.

2) Cuando ambos progenitores están afectados por el mismo trastorno dominante, se producen homozigotos anormales, pero esto es muy raro ya que en estas condiciones el trastorno es letal.

Herencia autosómica recesiva:

Cuando las manifestaciones clínicas se presentan sólo en estado homozigoto (ambos alelos mutantes). Los heterozigotos, no presentan la enfermedad, pero son portadores. Ejemplo: Afibrinogenemia, fibrosis quística del páncreas, drepanocitosis, galactosemia.

Herencia gonosómica o ligada al sexo:

Se heredan, debido a mutante en el cromosoma "X" del par gonsómico. Enfermedades debidas al cromosoma "Y" no han sido descritas todavía.

Las enfermedades de tipo gonosómico, conocidas hasta ahora, tienen casi todas carácter recesivo, por lo tanto, se presentan en varones y mujeres homozigotos. Ejemplos: hemofilia clásica, ceguera a colores (acromatopsia), la diabetes insípida nefrogénica, la deficiencia de glucosa – 6 – fosfato deshidrogenasa.

2. Herencia Poligénica:

Es debida a la acción conjunta de varios pares de genes. Desempeña un papel importante en la etiología de muchas enfermedades y su valoración es difícil, debido a la complejidad de las interrelaciones entre los numerosos genes y los factores ambientales. Ejemplos: hipertensión arterial, cáncer, alergias, diabetes mellitus, obesidad, úlcera péptica y arterioesclerosis.

HABITO

Costumbre o práctica, adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto. Los hábitos del paciente, pueden orientar hacia un diagnóstico muy importante, y son responsables de ciertas manifestaciones clínicas. Ejemplo: los tranquilizantes pueden producir melancolía, la suspensión de alguno de ellos en forma brusca, puede desencadenar ataques epilépticos. Los hábitos más importantes son:

a) Alcohol:

Es uno de los hábitos más antiguos (se dice que es tan antiguo como el hombre). Es capaz de producir dependencia, pudiendo clasificarse como de adicción, pues existen los siguientes fenómenos:

1. Compulsión: deseo invencible de tomarlo.
2. Tolerancia: necesidad de aumentar la dosis.
3. Dependencia psíquica: su suspensión puede provocar ansiedad, debilidad, sudores y compulsión.
4. Dependencia física: necesidad de ser usado, para impedir la aparición de síntomas somáticos.
5. Síndrome de abstinencia: aparición de temblor, taquicardia, sudor frío, delirium tremens, convulsiones, coma y muerte.
6. Efectos nocivos para el individuo.
7. Efectos nocivos para la sociedad con perjuicios económicos y a veces delitos.

En resumen, el alcohol es la droga de adicción más frecuente de todas, aunque no es considerada como droga por la O.M.S. Es de venta libre debido probablemente a su antigüedad.

La ingestión de alcohol puede producir manifestaciones clínicas variables, dependiendo de la cantidad y tiempo, durante el cual se tome. Hay dos grandes tipos de manifestaciones clínicas:

booksmedicos.org

1) Etilismo agudo:

Ingestión de grandes cantidades de alcohol, en forma brusca. Se puede producir la muerte súbita. Esto se ve en apostadores y se requiere ½ litro de whisky o cognac ó 2 ½ litros de vino, para alcanzar concentraciones plasmáticas de 350 a 500 mg/100 ml.

Ingerido en menor cantidad o en mayor tiempo, se distinguen cuatro períodos:

Período I: Euforia, persona generalmente más sociable.

Período II: Ebriedad, conciencia y coordinación confusas. Somnolencia.

Período III: Intoxicación grave, con manifestaciones nerviosas, respiratorias y cardiovasculares.

Período IV: Coma y muerte. Normalmente sólo se ven los períodos I y II.

Manifestaciones nerviosas:

Piel fría y húmeda, coma, alteraciones de la temperatura corporal y midriasis.

Manifestaciones respiratorias:

Bradipnea, respiración superficial y ruidosa, atelectasia pulmonar.

Manifestaciones cardíacas:

Taquicardia, modificaciones de la tensión arterial. La muerte sobreviene por paro respiratorio, neumonía por aspiración y bronconeumonía.

2) Alcoholismo crónico:

Ingestión prolongada y habitual, de grandes cantidades de alcohol, con alteraciones funcionales y orgánicas. Muchas manifestaciones se deben a deficiencias dietéticas que acompañan al alcoholismo crónico. Las manifestaciones clínicas son:

- Gastrointestinales: anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, deficiencia vitamínica y desnutrición.
- Hepáticas: hepatitis, cirrosis hepática con hipertensión portal.
- Neurológicas: cambio de la personalidad, trastornos emocionales e intelectuales, hasta llegar a la psicosis con alucinaciones, excitación psicomotora y estados delirantes. Síndrome de Korsakoff (trastornos psíquicos y polineuritis).

b) Hábito cafeíco:

Hábito muy frecuente en nuestro medio. No es tan dañino como el alcohol, aunque la cafeína, es capaz de producir las manifestaciones clínicas siguientes:

- S.N.C.: Es estimulante del bulbo y de la corteza cerebral. Pone alerta al paciente; de 150 a 300 mg., estimulan las funciones psíquicas; pero dosis mayores, pueden producir inquietud, insomnio y temblores.
- Cardiovascular: taquicardia.
- Respiratorio: broncodilatación.
- Digestivas: gastritis, náuseas y vómitos.

c) Hábitos tabáquicos:

El tabaquismo, es un hábito con dependencia psíquica, muy frecuente. Es capaz de producir manifestaciones clínicas muy variables, debido al humo del tabaco, formado por mezcla de gases como: óxido de N, CO_2, CN y aerosol de gotas suspendidas de varias micras de diámetro. El aerosol, está formado por productos condensados de la combustión del tabaco. El efecto del humo del cigarrillo sobre el bronquio, es causante del incremento de la producción de moco y de la transformación de un epitelio simple, a un epitelio estratificado (Metaplasia Malpighiana). Hechos tardíos: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, tumor epidermoide (carcinoma broncogénico). Se ha

booksmedicos.org

demostrado la relación entre tabaquismo y cardiopatía isquémica. Puede haber pérdida de gusto y la olfacción.

TOXICOMANÍA

Estado de intoxicación periódica, crónica, producida por el consumo repetido de una droga cuyas características son las mismas que enumeramos para el "alcoholismo".

Las toxicomanías más frecuentes en nuestro medio son los medicamentos tranquilizantes. Recientemente la cocaína, mandrax y marihuana.

SUEÑO

Suspensión normal de la conciencia y de la vida de relación, mediante la cual el organismo se recupera de la fatiga. La duración del sueño varía con la edad y con los estados emocionales. En el infante es de 18 a 20 horas, para ser luego entre 6 y 8 horas, en el adulto.

Alteraciones del sueño:

a) ***Hipersomnia:*** aumento del sueño, Esto suele observarse en pacientes que ingieren hipnóticos y en ciertas personas.

b) ***Insomnio:***

- ***Inicial:*** el paciente se acuesta y permanece despierto mucho tiempo sin dormirse.
- ***Terminal:*** se duerme bien, pero se despierta en la madrugada y no puede volver a dormirse.
- ***Ligero:*** el paciente se despierta varias veces y al siguiente día, tiene la sensación de no haber dormido.

1. ANTECEDENTES FAMILIARES

Ejemplos de Interrogatorios

Dr. ¿Sus padres viven?
P. Sólo mi padre vive

Dr. ¿De qué murió su madre?
P. Del corazón

Dr. ¿A los cuántos años?
P. A los cincuenta años

Dr. ¿Su padre está vivo y sano?
P. No, mi padre es diabético

Dr. ¿Qué sabe sobre sus abuelos?
P. Ellos murieron

Dr. ¿Sabe de qué?
P. De viejos

Dr. ¿Ud. recuerda cómo murieron?
P. Mi abuelo murió a los ochenta años y le faltó el aire

Dr. ¿Por qué cree eso?
P. Porque respiraba con dificultad y tenía que estar sentado

Dr. ¿A los cuántos años murió su abuela?
P. No sé

Dr. ¿Cuántos hermanos tiene?
P. Somos dos varones y dos hembras

Dr. ¿Qué puesto ocupa usted, es el primero, el segundo?
P. No, soy el tercero

Dr. ¿Todos viven y están sanos?
P. Todos están vivos, pero una hermana padece de ataques de epilepsia

Dr. ¿Es Ud. casado?
P. Sí

booksmedicos.org

Dr. ¿Cuántos hijos tiene?
P. Uno solo. Varón

Dr. ¿Su señora e hijo están bien?
P. Mi mujer sufre de nervios. Ella es muy nerviosa; llora mucho, a veces pierde el conocimiento y tengo que llevarla al hospital

2. HABITOS PSICO-BIOLOGICOS

a) Alcohol:

Dr. ¿Toma Ud. Alcohol?
P. Sí

Dr. ¿Qué tipo de alcohol (cerveza, vino, ron, whisky, etc.)
P. Generalmente whisky.

Dr. ¿Qué cantidad?
P. Cuatro o cinco tragos al día

Dr. ¿Cuántas veces a la semana?
P. Todos los días

Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo?
P. Desde hace veinte años

Dr. Cuando Ud. toma, ¿Qué es lo que siente?
P. Desde hace un año, me mareo con rapidez y por eso ahora, tomo menor cantidad

Dr. ¿Ha consultado algún médico?
P. Sí, hace 6 meses me receté con un médico y me dijo que dejara de tomar porque tenía el hígado enfermo; "tengo cirrosis"; pero créamelo, me hace mucha falta tomar

Dr. ¿Qué le pasa si deja de tomar?
P. Me siento muy mal; me da muchos nervios

b) Café:

Dr. ¿Toma café?
P. Sí

Dr. ¿Qué cantidad?
P. Una taza en la mañana y otra después de cenar

Dr. ¿Cómo toma el café?
P. Negro

Dr. ¿Desde cuándo toma café?
P. Desde que era niño

Dr. ¿Qué le produce el café?
P. Me siento bien, pero a veces me produce acidez

c) Tabaco:

Dr. ¿Fuma?
P. Sí

Dr. ¿Qué fuma?
P. Cigarrillos

Dr. ¿Desde cuándo fuma?
P. Desde los 17 años

Dr. ¿Qué cantidad fuma al día?
P. Unos cuarenta cigarrillos diarios

Dr. ¿Le produce algo el cigarrillo?
P. Sí, me deja la boca amarga, y me produce tos

Dr. ¿Si camina, le falta el aire?
P. Si camino de prisa, a las 6 – 7 cuadras me canso

Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo nota que se cansa?
P. Creo que desde hace unos seis años

d) Drogas:

Dr. ¿Toma alguna medicina o droga?
P. La marihuana la probé una sola vez, cuando era muchacho, y de medicina, tomo ativan® para dormir.

booksmedicos.org

Dr. ¿Quién le mandó ativan®?
P. Un amigo me lo sugirió para el insomnio

Dr. ¿Ahora duerme bien?
P. Sí

Dr. ¿De cuántos miligramos toma el Ativan®?
P. Generalmente de 1 mg., pero cuando estoy muy nervioso tomo 2,5 mg

e) Sexuales:

Dr. ¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales en una semana?
P. Dos o tres veces

Dr. ¿Su apetito sexual y su potencia son normales?
P. Sí, muy bien

Dr. ¿Cree Ud. que siempre satisface a su compañera?
P. Sí, creo que sí

f) Problemas familiares:

Dr. ¿Cómo se lleva con su familia? ¿Tiene algún problema?
P. Bueno, siempre lo hay

Dr. ¿Cómo cuál?
P. Mi señora es muy celosa, me cela de todos y si llego tarde, cree que estoy con otra mujer

Dr. ¿Es verdad eso?
P. A veces, uno es hombre y siempre tiene oportunidades

Dr. ¿Tiene algún problema económico?
P. No

EJEMPLOS DE REDACCIÓN

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre, falleció a los cincuenta años, de cardiopatía. Padre, vive y padece diabetes mellitus. Abuelo materno, falleció a los 80 años, de probable cardiopatía. Esposa, sufre de ataques de histeria; dos hermanos y dos hermanas, una epiléptica.

HABITOS PSICO-BIOLOGICOS

1. **Alcoholismo:**

Alcoholismo desde hace veinte años; toma 4 ó 5 whiskies al día. Hace seis meses, le diagnosticaron hepatopatía. Le indicaron suspender el alcohol, que no cumplió por aparecer nerviosismo.

2. **Cafeíco:**

Cafeíco, 3 ó 4 veces al día. Ocasionalmente le produce acidez.

3. **Tabaco:**

Tabáquico, desde los 17 años. Fuma 40 cigarrillos al día. Desde hace 6 años, tos y disnea a mediano esfuerzo, que atribuye al cigarrillo.

4. **Droga:**

En la juventud fumó marihuana una vez; desde hace dos años, toma Ativan® por insomnio.

5. **Sexuales:**

Dos a tres veces por semana, con satisfacción normal para la pareja.

6. **Problemas familiares:**

Problemas familiares ocasionados por celos de la esposa No tienen problemas económicos.

booksmedicos.org

Guía para el Interrogatorio de los Antecedentes Familiares y Hábitos Psico-sociales

LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DEBEN COMPRENDER

1. Antecedentes en padres, abuelos y hermanos. Presencia de enfermedades como artritis, alergias, cáncer, diabetes sacarina, trastornos hemorrágicos, hipertensión, epilepsia, enfermedades renales, migraña, cardiopatía y trastornos mentales.
2. Historia marital, relacionada con el estado de salud del cónyuge.
   a) Estado de salud del padre y de la madre.
   b) En caso de enfermedad, precisar la afección y en caso de fallecimiento, la edad.
   c) Estado de salud de los abuelos; precisar la afección (si la hay) y la edad del fallecimiento.
   d) Estado de salud de los hermanos. Precisar afecciones y, si fallecieron, la edad.
   e) Estado de salud del cónyuge.
   f) En caso de enfermedad, precisar cual.
   g) Número de hijos y estado de salud.
   h) En caso de enfermedad, precisar cuál fue ésta y, en caso de fallecimiento, la edad a la que ocurrió la muerte.

booksmedicos.org

i) Cuando el paciente no precisa detalles sobre la muerte de sus familiares, deben interrogarse las circunstancias relacionadas con el fallecimiento de los mismos.

Alcoholismo:

1. Antecedentes de alcoholismo
2. Tipo de alcohol
3. Frecuencia
4. Cantidad
5. Período de alcoholismo
6. Duración del alcoholismo
7. Manifestaciones clínicas del alcoholismo.

Cafeíco:

1. Antecedentes
2. Tipo
3. Cantidad
4. Duración
5. Manifestaciones clínicas.

Tabáquico:

1. Antecedentes
2. Tipo de tabaco
3. Fecha de comienzo
4. Cantidad diaria
5. Manifestaciones clínicas.

Droga:

1. Antecedentes
2. Tipo de droga
3. Tiempo de uso
4. Precisar razón de consumo
5. Efectos de la droga.

Sueño:

1. Tipo de sueño
2. Duración
3. Calidad
4. Alteraciones
5. Fecha y circunstancia de la alteración.

Sexuales:

1. Tipo de relaciones sexuales
2. Grado de satisfacción sexual
3. Impotencia o frigidez
4. Frecuencia en las relaciones sexuales.

Problemas familiares:

Aunque se dice que el matrimonio estabiliza al hombre, pueden presentarse situaciones conflictivas como:

1. Interrelación alterada entre los cónyuges
2. Problemas con los hijos
3. Problemas con los suegros
4. Problemas por condiciones económicas deficientes
5. Problemas sexuales: incompatibilidad, mala educación sexual, factores extramaritales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pimentel, E. *Citogenética Médica*. Acta Médica Venezolana, 1966.
2. Litter, Manuel. *Manual de Farmacología*. 5ª. Edición, 1975.
3. Harrison, *Medicina Interna*. VIa. Edición, Editorial Mc Graw Hill, 1983. pp. 429 – 473.
4. Meyer, Federik H. y Col. *Manual de Farmacología Clínica*. Editorial Manual Moderno. 1974. pp. 225.

booksmedicos.org

PARTE II

- Examen Funcional de Sistemas y Aparatos...161
- Ejemplos de Interrogatorios.....203
- Guía para el Interrogatorio del
Examen Funcional por Sistemas Aparatos...

booksmedicos.org

OBESIDAD

Concepto:

Acúmulo excesivo de grasa en el cuerpo, debido a una tendencia a ingerir más alimentos de los que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal y/o una disminución de la actividad física.

No hay que confundir la obesidad con el sobrepeso; como su nombre lo indica, es un peso por encima de los que señalan las tablas de peso ideal. El sobrepeso puede ser debido a:

a) Gordura o aumento de grasa;
b) Retención de líquidos (edema);
c) Hipertrofia muscular (atletas);
d) Embarazo.

Clasificación:

La obesidad se puede clasificar en:

a) Leve
b) Moderada
c) Grave
d) Extrema; aumento de peso del doble de lo normal.

booksmedicos.org

Para considerar el grado de obesidad, se debe tomar en cuenta la contextura ósea y sobre la base de ella, podemos considerar la contextura media, débil y fuerte. A continuación daremos un ejemplo de cómo, a través de la talla y del peso, varía el peso ideal.

Talla en cms.	*Débil*	*Media*	*Fuerte*
1:55	50-54 Kg.	53-58 Kg.	56-63 Kg.
1:70	59-63 Kg.	62-66 Kg.	66-74 Kg.
1:80	66-71 Kg.	69-78 kg.	75-85 Kg.

Distribución:

Atendiendo a la distribución o acúmulo de tejido adiposo en el organismo, podemos dividir a la obesidad en dos grandes grupos:

a) Obesidad difusa
b) Obesidad circunscrita

La obesidad difusa domina la parte superior del cuerpo y el abdomen en el varón; en cambio es abdominal y pélvica en la mujer.

La obesidad circunscrita se observa en el hipercorticismo (Cushing), con distribución de la grasa en la cintura escapular y en el abdomen, con estrías abdominales, hipertricosis e hipertensión arterial, así como facies de luna llena y acné.

Un tipo particular de obesidad es el Síndrome de Pickwick que cursa con obesidad, hipoventilación alveolar, con narcosis por CO_2.

Causas de obesidad:

1) Aumento de la ingesta
2) Disminución de la actividad física
3) Disminución del metabolismo basal
4) Mixta.

Relación de la obesidad con otras enfermedades:

La obesidad es responsable de numerosas manifestaciones clínicas. Las más importantes como factor desencadenante son:

1) Factor desencadenante de la diábetes
2) Factor de riesgo coronario
3) Factor desencadenante de osteoartrosis
4) Factor estético.

DELGADEZ

Concepto:

Disminución anormal del peso corporal, ocasionada por la pérdida generalizada de grasa y otros tejidos.

Causas:

Las causas más frecuentes de delgadez son:

a) ***Constituciones:*** Numerosos pacientes tienen déficit ponderal (peso) en forma constitucional y sin que se les pueda demostrar ninguna alteración patológica.

b) ***Por restricción calórica:*** Un grupo de pacientes deben su delgadez, a restricción calórica voluntaria (dieta) acompañada o no de ingesta de anorexígenos. Más frecuente que la restricción calórica voluntaria es sin duda, el hambre crónica, existente en muchos países de la Tierra.

c) ***Enfermedades agudas y crónicas:*** Numerosas son las enfermedades que cursan pérdida de peso, generalmente debida a anorexia, como se observa en enfermedades febriles, tumores y síndrome de mala absorción.

d) ***Hipertiroidismo:*** Es un hecho muy frecuente la consulta de numerosos pacientes por delgadez, los cuales son sometidos a exploración tiroidea, ya que es muy común creer que en ausencia de otras enfermedades, la

booksmedicos.org

delgadez obedece a hipertiroidismo; si esto es cierto en algunos casos, no es la regla, ya que la exploración de estos pacientes, no demuestra alteración endocrina alguna. Sin embargo, el hipertiroidismo cursa con pérdida de peso y delgadez; pero la presencia de bocio, exoftalmos, taquicardia, temblores, nerviosismo, etc., permiten un diagnóstico fácil.

FIEBRE

Concepto:

La fiebre es una de las manifestaciones generales del organismo de gran importancia, no solo por su frecuencia, sino también por su significación, pues a menudo es el síntoma inicial y dominante, al menos por algún tiempo, de una serie de procesos, tales como infecciones, tumores, necrosis tisular y enfermedades autoinmunes.

Consiste en una elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 37° C, generalmente acompañada de cefalea, malestar general, mialgias, hiporexia, taquicardia, polipnea, poliura y aumento del metabolismo basal, precedida o no de escalofríos.

Etapas de la fiebre:

En la fiebre se distinguen tres fases:

1) ***Primera fase de ascenso:*** Cuando la temperatura corporal se eleva por encima de lo normal; en este período se produce:
   a) Vasoconstricción
   b) Contracciones musculares
   c) Piloerección
2) ***Fase de mantenimiento:*** Fastigio. La Temperatura corporal se mantiene por encima de los valores normales.

3) ***Fase de descenso:*** La temperatura corporal desciende a los valores normales; en esta fase se produce sudoración intensa en caso de descenso rápido (crisis), o leve, cuando desciende lentamente en escalera o peldaño (lisis).

Tipos de fiebre:

1) **Continua:** Elevación de la temperatura con oscilaciones diarias mayores de 1° C
2) **Remitente:** Elevación de la temperatura con oscilaciones diarias mayor de 1° C.
3) **Intermitente:** Elevación de la temperatura con oscilaciones diarias por encima y por debajo de lo normal.
4) ***Ondulante:*** Períodos febriles de varios días, alternando con otros sin fiebre, siendo el ascenso y descenso, gradual, es decir, en lisis.

TEMBLOR

Concepto:

Son oscilaciones más o menos regulares, rítmicas, de una parte del cuerpo alrededor de un punto fijo, debido a la contracción alterna de los músculos agonistas y antagonistas.

Etiología:

Relacionados con una disminución de la dopamina, noradrenalina y otros mediadores en el sistema motor extra piramidal.

Variedades de temblores:

Se clasifican en:

1) ***Reposo:*** Se desarrolla durante el reposo, cuando el paciente no hace actividad alguna. Ejm: Parkinson (síndrome y/o enfermedad).

booksmedicos.org

1) ***Intencional:*** Aparece cuando al paciente se le indica que efectúe algún movimiento. Ejm: enfermedades cerebelosas.

2) ***Permanente:*** Se observa durante el reposo y se atenúa por el mantenimiento de una posición y durante la ejecución de actos voluntarios. Aquí encontramos, los temblores de la fatiga, el hipertiroidismo y los de la parálisis general progresiva.

PIEL

CIANOSIS

Concepto:

Coloración azulosa de la piel y mucosas, debido al aumento de la cantidad de hemoglobina reducida. Para que la cianosis se haga evidente, la cantidad de hemoglobina reducida debe ser mayor de 5 grs. Por 100 cc. de sangre.

Clasificación:

La cianosis se clasifica en:

1) ***Cianosis Central:*** La cianosis central se observa cuando hay contaminación de la sangre arterial con sangre venosa, como acontece a nivel de "Shunts" o corto-circuitos de derecha a izquierda, en algunas cardiopatías congénitas. Ejemplo: Conducto arterioso permeable, con shunt de derecha a izquierda. *En enfermedades pulmonares:* Cuando existe un engrosamiento de la membrana de difusión alvéolo-capilar se produce cianosis, ya que la sangre venenosa no se oxigena bien a nivel pulmonar (Síndrome de bloqueo alvéolo – capilar). *Hemáticas:* La presencia de hemoglobinas anormales en la sangre, como la metasulfa y carboxihemoglobina combinadas en forma irreversible con ciertos radicales, alterándose el intercambio a nivel pulmonar.

2) ***Cianosis Periférica:*** Se caracteriza por aparecer en zonas distales en forma localizada, las causas más frecuentes son:

a) ***Obstrucción arterial:*** Debida a una disminución de la perfusión tisular y extracción importante de oxígeno por los tejidos.

a) ***Obstrucción venosa:*** Se produce un estasis de la circulación, con extracción importante de oxigeno y cianosis subsiguiente.

En la cianosis crónica central, se presenta a menudo la osteoartropía néumica, caracterizada por los dedos en palillo de tambor y uñas en vidrio en reloj.

EDEMA

Concepto:

Se puede definir como el acúmulo de líquido en el interticio tisular o tejido celular subcutáneo.

Clasificación:

Se puede clasificar en: generalizado o simétrico o localizado o asimétrico. Activo y pasivo.

El edema generalizado obedece a las causas siguientes:

1) ***Cardíaco:*** Se observa en insuficiencia cardíaca congestiva, con aparición vespertina en miembros inferiores, que paulatinamente asciende hasta convertirse en Anasarca.

2) ***Renal:*** La glomerulonefritis aguda produce edema antigravitario, es decir, de aparición matutina y periorbitario, en el síndrome Nefrótico, se generaliza tomando las características de Anasarca.

3) ***Hepático:*** En la cirrosis hepática, aparece en primer lugar ascitis y luego se generaliza: Anasarca.

4) ***Gastrointestinal:*** En la gastroenteropatía exudativa, se pierde gran cantidad de proteína, originándose un edema por hipoalbuminemia.

booksmedicos.org

5) ***Nutritivos:*** Especialmente debida a déficit proteico y vitamínico.

6) ***Iatrogénico:*** Originado por exceso de hormona ACTH y corticoides principalmente, y en la deficiencia tiroidea, como ocurre en el mixedema.

El edema localizado obedece a las siguientes causas:

a) ***Obstrucción venosa*** como en la tromboflebitis, várices importantes, trombosis en la vena cava y en el embarazo.

b) ***Obstrucción linfática o linfedema:*** como se observa en la filariosis y en carcinomas metastásicos glanglionar.

c) ***El edema activo*** es localizado y es casi siempre de origen inflamatorio.

PIGMENTACIÓN

Concepto:

Cambio de coloración de la piel, localizada o generalizada por depósito de un pigmento. La pigmentación puede ser debida a:

1) ***Pigmentos fisiológicos:*** como la debida a la melanina, hemoglobina y caroteno.

2) ***Pigmentos patológicos:*** como la debida al depósito en la piel, de sustancias endógenas y exógenas.

Clasificación:

Atendiendo a la coloración de la piel:

1) Amarillo: Se observa en:
   a) Ictericia
   b) Carotinemia o hipercarotinemia
   c) Por fármacos como la quinacrina
   d) Xantomatosis difusa
   e) Hematomas y equimosis en la fase de reabsorción.

2) Azulado: Se observa en:
   a) Cianosis
   b) Metahemoglobinemia
   c) Sulfahemoglobinemia

3) Rosada: Se observa en:
   a) Vasodilatación: eritema.
   b) Eritrodermia: Enrojecimiento difuso de la piel.

También hay las pigmentaciones metálicas, debidas al depósito de pigmentos metálicos. Comprende:

1) ***Hemosiderosis:*** depósito en piel y vísceras de hemosiderina y especialmente en las células del S.R.E. Se observa por las transfusiones abundantes y repetidas.

2) ***Hemocromatosis:*** depósito de hemosiderina en piel, vísceras y glándulas endocrinas.

3) ***Otros metales*** como el oro, plomo, plata, y el mercurio, también se depositan en los tejidos.

ERUPCIONES

Concepto:

Aparición en la piel, de enrojecimiento o prominencia, o ambas cosas a la vez, acompañadas o no de fiebre.

Clasificación:

Las principales formas son:

1) Exantema, como en el sarampión, y la rubeola.
2) Máculas, como en las lesiones atópicas.
3) Pápulas, como en las reacciones alérgicas.
4) Vesículas, como en la varicela.

booksmedicos.org

PRURITO

Concepto:

Sensación particular de picazón o escozor, originada en los espacios interpapilares en la dermis, que incita a rascarse. Esta sensación, llega hasta la corteza cerebral a través del fascículo espinotalámico del dolor y su vía es similar a la del dolor.

Clasificación:

1) Localizado
2) Difuso

Principales causas:

a) Parasitario: difuso; sarna; localizado; oxiuriasis.
b) Autotóxico: como en la diabetes mellitus y en la ictericia obstructiva.
c) Heterotóxico: originado por fármacos, a través de un mecanismo de alergia.
d) Nervioso: en psicosis o en neurosis.
e) Gravídico: observado en el último trimestre del embarazo.

CABEZA

ALOPECIA

Concepto:

Ausencia natural o anormal del cabello.

Tipos:

1) ***Alopecia adnata:*** calvicie congénita.
2) ***Alopecia areata:*** calvicie que ocurre en áreas bien definidas, dejando blando y blanco el cuero cabelludo, y es debida a trastornos trofoneuróticos.
3) ***Alopecia por arrancamiento:*** tricocefalomanía.

4) ***Alopecia citotóxica:*** debida a drogas antineoplásticas y talio.
5) ***Alopecia endocrina:*** embarazo, hipo e hipertiroidismo. Diabetes mellitus mal controlada.
6) ***Alopecia cicatricial***, debida a inflamación dérmica intensa que destruye el folículo piloso: L.E.S., esclerodermia, enfermedad mixta del colágeno, infecciones bacterianas y micóticas intensas.

CEFALEA

Concepto:

Sinónimo de Cefalalgia; es un síndrome caracterizado por dolor a nivel de las estructuras sensibles en el cráneo.

Clasificación:

1) Cefalea tensional: debida a contracturas musculares.
2) Cefalea vascular: jaqueca o histamínica de Horton, Jaqueca clásica, común y por hipertensión arterial.
3) Neuralgias: trigémino y esfenopalatina.
4) Cefalea secundaria a procesos patológicos intracraneales: Meningitis y tumores cerebrales.

MAREOS

Concepto:

Malestar general con náuseas, vértigos y tendencia al síncope, provocado por movimientos de aceleración o desaceleración del cuerpo. El mareo se observa en alteraciones psíquicas y somáticas y su mecanismo no es bien conocido.

Se observa en arterioesclerosis cerebral, posiblemente debido a la mala irrigación cerebral; es un síntoma común en pacientes encamados por mucho tiempo. A veces se debe a estados hipoglicémicos, en cuyo caso cede con la ingestión de bebidas azucaradas.

booksmedicos.org

SINCOPE

Concepto:

Se refiere a un síndrome clínico caracterizado por pérdida transitoria de la conciencia, acompañado de una incapacidad para mantener el tono postural; a diferencia de la lipotimia en la cual no se pierde la conciencia, pero presenta palidez, sudoración y sensación de desvanecimiento.

Clasificación:

1) Síncope por disminución de la perfusión tisular:
   a) Hipotensión ortostática
   b) Vasculopatía obstructiva cerebral
   c) Síndrome del seno carotídeo
   d) Síncope tusígeno.
2) Síncope cardíaco, por gasto cardíaco bajo:
   a) Por cardiopatías: estenosis aórtica, infarto del miocardio.
   b) Arritmias cardíacas: Stoke-Adams
   c) Vasovagal
3) Síncope metabólico:
   a) Hipoxia severa
   b) Hipoglicemia

OJOS

AMAUROSIS

Concepto:

Pérdida de la visión, que cursa sin lesión aparente del ojo.

Etiología:

La amaurosis puede deberse a:

1) ***Origen vascular:*** como acontece en la trombosis de la arteria retiniana.
2) ***Lesión del nervio óptico:*** a nivel del propio nervio, quiasma, cintilla o de la cisura calcarina; la lesión del nervio óptico produce amaurosis homolateral; la lesión del quiasma y cintilla óptica producen hemianopsia heterónima y homónima respectivamente, mientras que la lesión a nivel de la cisura calcarina produce cuadrantopsia y escotomas.

ANTEOJOS

Concepto:

Lentes convexos o cóncavos utilizados para mejorar los trastornos de refracción de la visión.

MIOPÍA

Defecto de refracción del ojo, en el que los rayos luminosos forman foco antes de llegar a la retina; debido a cristalinos muy potentes o glóbulos muy grandes. Se corrige con lentes bicóncavos o divergentes.

HIPERMETROPÍA

Defecto de refracción del ojo, en el que los rayos luminosos forman foco detrás de la retina; debido a cristalinos muy débiles o a globos oculares muy cortos; se corrige con lentes biconvexos o convergentes.

PRESBICIA O PRESBIOPÍA

Hipermetropía adquirida por efecto de la edad. Caracterizada por visión confusa de cerca y clara de lejos; debida a la disminución del poder de acomodación del músculo ciliar y menor elasticidad del cristalino.

booksmedicos.org

ASTIGMATISMO

Defecto de la curvatura de los medios refringentes del ojo, que impide la convergencia en un solo foco de los rayos luminosos de diferentes meridianos.

CANSANCIO OCULAR

Sensación de fatiga de la visión, generalmente debida a trastornos de refracción de la visión no corregidos.

DIPLOPIA

Visión doble debida a parálisis de los músculos extrínsecos del ojo.

ESTRABISMO

Desigualdad de los globos oculares. Puede ser:

- Divergente
- Convergente
- Supravergente
- Infravergente

FOTOFOBIA

Intolerancia anormal para la luz; especialmente la provocada por afecciones oculares.

EPÍFORA O LAGRIMEO

Derrame de lágrimas por exceso de producción u obstáculos de drenaje.

Causas:

a) Conjuntivitis
b) Obstrucción del conducto lagrimal
c) Cuerpos extraños

OTALGIA

Concepto:

Se denomina de esta manera al dolor del oído. El dolor del oído se observa en la otitis. La otitis puede ser: aguda o crónica, y a su vez se diferencia en otitis externa y otitis media.

Otitis Externa:

La otitis externa, es el término general utilizado para designar las enfermedades inflamatorias del conducto auditivo y del pabellón del oído. La otitis externa puede ser debida a infecciones bacterianas, por hongos, o ambos a la vez.

Existen dos formas de otitis externa: la ligera y la grave.

Forma ligera: hay dolor escaso o moderado que se exacerba con el movimiento del pabellón o el trago. Puede haber fiebre ligera y secreciones (otorrea) pegajosa y amarillentas. Cuando el conducto auditivo está hinchado, puede obstruirse y aparece la sensación del oído tapado.

Forma grave: el dolor es intenso; el movimiento del pabellón auricular exacerba el dolor; la fiebre es frecuente y puede existir la sensación de oído tapado o hipoacusia. En la otitis crónica, el prurito más que el dolor, es el síntoma dominante. La otorrea puede existir en algunos casos.

Otitis Media:

La inflamación del oído medio es causada por extensión desde la nariz o de la nasofaringe. En algunas circunstancias, la perforación de la membrana del tímpano ocasiona infección del oído medio.

El dolor es continuo o intermitente; generalmente intenso, profundo y taladrante. El dolor aumenta durante horas o varios días; si la presión en el oído medio es grande, el tímpano puede romperse.

booksmedicos.org

A veces para aliviar el dolor debe realizarse una Miringotomía (Insición del Tímpano). Suele haber fiebre de 39 – 40° C e hipocausia.

Una complicación de la otitis media, es la extensión a la celda mastoidea.

VÉRTIGO

Por vértigo debe entenderse, a toda alteración del movimiento, únicamente rotatorio. Cuando los objetos giran alrededor del paciente se denomina vértigo objetivo; cuando el sujeto es el que gira, se denomina vértigo subjetivo.

Clasificación:

Los vértigos, de acuerdo al sitio lesionado en el cual tienen su origen, pueden ser:

Vértigo Periférico: originado en el aparato vestibular, se caracteriza por vértigo rotatorio, de intensidad moderada o severa, de aparición brusca, de minutos o segundos de duración, se exacerba con los cambios de posición de la cabeza y suele ir acompañado de nistagmo horizontal, rotatorio o mixto; náuseas, vómitos, palidez y sudoración fría, tinitus y sensación de oído tapado; sus principales causas son, impactación de cerumen, laberintitis, otitis media, enfermedad de Meniére (se debe a hipertensión del líquido laberíntico) y drogas ototóxicas (derivados de aminoglicósidos).

Vértigo Central: cuando los núcleos centrales son asiento de procesos patológicos. Se caracteriza por ser un vértigo menos definido que en la forma periférica; la intensidad es menor, dura semanas o meses; no se exacerba con movimientos de la cabeza. Hay síntomas de disfunción neurovegetativa (náuseas, vómitos y sudoración fría); en cuanto a los atribuibles al aparato coclear (tinitus y sordera), son escasos. Cuando aparece nistagmus en ausencia de vértigo central, se puede establecer que la lesión, se encuentra en el

tallo cerebral (ángulo pontocerebeloso, bulbo o protuberancia). Las causas principales de vértigo central son:

- Esclerosis múltiple: son lesiones degenerativas en distintas partes del neuroeje.
- Malformaciones vasculares de la fosa posterior.
- Accidentes cerebro-vasculares del territorio de la arteria basilar; ésta se forma de la unión de las dos arterias vertebrales para irrigar la parte posterior del cerebro.

EPISTAXIS

Concepto:

Epistaxis se denomina al sangramiento por las fosas nasales. La epistaxis puede originarse en:

a) Parte anterior de la nariz, donde existe una rica red vascular denominada área de Kiessselbach (su función es calentar el aire).

b) En la región posterior de la nariz, generalmente por ruptura de vasos de buen tamaño, como son las ramas de la arteria maxilar interna.

c) En la porción superior de la región posterior de la nariz, irrigada por la arteria etmoidal, rama de la oftálmica.

Causas de Epistaxis:

- Traumatismos
- Vasculares
- Hemostáticas
- Varios.

a) ***Traumatismos de la nariz:*** representa la causa más frecuente de la epistaxis.

booksmedicos.org

b) ***Vascular:*** en la hipertensión arterial, se observa a menudo epistaxis.

c) ***Hemostática:*** En la púrpura vascular y en la trombocitopenia, se presenta epistaxis y, a veces, es provocada por pequeños traumatismos.

d) ***Varios:*** a menudo las causas de epistaxis permanecen desconocidas; simplemente la nariz del paciente empieza a sangrar. A veces la exposición al calor seco, produce desecación de la mucosa nasal, se forma una costra y al desprenderse sangra con facilidad (más frecuente en los niños).

OBSTRUCCIÓN NASAL

Concepto:

Se define como la obstrucción del libre paso del aire por la nariz.

Causas:

- Traumáticas
- Congestión de la mucosa
- Alergia.

Traumáticas: desviación del tabique; éste por lo general es recto en el nacimiento y tiende a desviarse con la edad, tomando la forma de cresta saliente (como pico de loro); la ausencia de dientes en el maxilar superior, contribuye a este cambio.

Congestión de la mucosa: la mucosa nasal se congestiona con frecuencia en la coriza común, acompañándose de obstrucción con rinorrea.

Alergia: en la rinitis alérgica, se forman gradualmente pólipos cada vez más grandes, hasta aparecer como un tumor liso y pálido. El pólipo, es una proliferación de la mucosa, de tamaño variable.

SECRECIÓN NASAL

Concepto:

Es la expulsión de secreciones por la nariz; denominada también rinorrea.

Causas:

La secreción nasal se observa en las siguientes enfermedades:

1) ***Sinusitis supurada aguda:*** Frecuentemente acompañada de signos de catarro común, o después de nadar o bucear. El primer síntoma es la nariz tupida, seguida por la sensación de presión sobre el seno afectado (frontal, maxilar, esfenoidal, etmoidal). Hay malestar general y cefalea; la secreción nasal puede ser sanguinolenta al comienzo o en primeras horas, luego se hace purulenta y abundante; la nariz se obstruye y la garganta puede inflamarse por la secreción purulenta que puede llegar a ella.

2) ***Rinitis alérgica:*** puede ser aguda y/o estacional; crónica y perenne. Los síntomas más frecuentes son la obstrucción nasal, estornudos y secreción hidrorreica (porque es blanquecina, tipo agua). El prurito nasal y ocular con lagrimeo, son muy frecuentes. El estudio celular de la rinorrea, evidencia abundantes eosinófilos en la rinitis alérgica; mientras que en el catarro, se observan células descamadas, linfocitos y polimorfonucleares.

DIENTES

Los dientes introducidos en los alvéolos de los maxilares, forman parte del órgano masticatorio. Tienen importancia en medicina, porque son asiento de malformaciones congénitas; por ejemplo: la hipoplasia del esmalte en la sífilis congénita, adquiere la forma de destornillador o toma una coloración amarillenta por el uso de tetraciclina durante el embarazo.

booksmedicos.org

Las alteraciones dentarias pueden ser de dos tipos:

a) Primarias del diente; como:

- Caries
- La Pulpitis
- La extracción dentaria puede producir sobrecarga en la masticación hacia una de las articulaciones temporo-maxilar y como consecuencia, producir artritis.

La Caries se clasifica en:

- Grado I: caries es esmalte.
- Grado II: se extiende a dentina.
- Grado III: Llega a pulpa (paquete vásculo-nervioso).

NOTA: La caries es frecuente, hasta los 30 años.

b) Periodontales: se caracteriza por inflamación de los alvéolos o de las encías; son causas frecuentes de molestias y dolencia, después de la 3ra. década de la vida.

HALITOSIS

Concepto:

Olor anormal del aire espirado; aliento fétido. Representa un síntoma frecuente, molesto y desagradable.

Causas:

La Halitosis obedece a muchas causas, las principales son:

1) ***Fisiológicas:*** se observa al levantarse por la mañana; se debe a la fermentación que ocurre en la boca, durante el sueño.

2) ***Enfermedades bucales:*** representa el 90% de la halitosis y se debe a caries dental, prótesis dentales desaseadas, ulceraciones diversas y gingivitis.

3) ***Enfermedades de la faringe como:*** faringitis y amigdalitis.

4) ***Enfermedades del esófago:*** se presenta en esofagitis, CA del esófago y divertículos esofágicos.

5) ***Enfermedades del estómago:*** como estenosis pilórica y CA gástrico.

6) ***Enfermedades diversas:*** como cirrosis hepática (fetor hepático), estreñimiento crónico y enfermedades de las vías biliares.

7) ***Enfermedades pulmonares:*** como se observa en la broncoectasia y absceso pulmonar.

DISFAGIA

Concepto:

Consiste en la dificultad para la deglución: El dolor a la deglución se denomina odinofagia.

Causas:

La Disfagia puede clasificarse en:

a) ***Disfagia faríngea:*** obedece a procesos inflamatorios de la faringe, como en la faringitis, absceso retrofaríngeo, carcinomas.

b) ***Disfagia esofágica:*** Puede ser debida a:

- Obstrucción mecánica del esófago.
- Alteraciones neuromusculares del esófago; megaesófago y esofaespasmo.
- Enfermedades estenosantes como la esofagitis cáustica, carcinoma del esófago y esofagitis de reflujo.
- Compresión extrínseca del esófago, como en la diverticulitis, aneurisma de la aorta, tumor mediastínico.

Es importante señalar que la disfagia por enfermedades estenosantes es progresiva, primero para los sólidos y luego aparece para los líquidos.

booksmedicos.org

RONQUERA

Concepto:

Cambios del timbre de la voz, por otro poco sonoro y ronco, producido por afecciones de la laringe. Por lo general la ronquera se debe a la incompleta aproximación de las cuerdas vocales.

Causas de la Ronquera:

1) ***Edema de la laringe:*** se observa en el edema angioneurótico y después de intubación endotraqueal.
2) ***Laringitis aguda:*** se observa por mal uso de la voz, como gritar excesivamente o por afecciones del aparato respiratorio superior que afectan la laringe (coriza común).
3) ***Laringitis crónica:*** se observa también por el mal uso de la voz, por el uso del tabaco. La sífilis, tuberculosis y cáncer eran la causa faríngea más frecuente. Actualmente el cáncer es el miembro más común de esta tríada.
4) Lesión del nervio recurrente después de tiroidectomía.

Manifestaciones asociadas a la ronquera:

Cualquier paciente que tenga una ronquera que dure más de dos semanas debe ser sometido a una inspección laríngea; especialmente si se asocia con disnea, estridor, disfagia y tos.

DISNEA

Etimológicamente es la dificultad para respirar. Richard la define como la sensación consciente de una respiración penosa o inadecuada, y de la necesidad de aumentar la actividad respiratoria.

Causas:

La disnea puede tener múltiples causas; las principales son:

1) Disnea respiratoria
2) Disnea cardíaca
3) Neurológica
4) Hematológica.

Disnea respiratoria:

Obedece a una disminución de la elasticidad pulmonar, como se observa en el enfisema pulmonar. Depende también de una disminución de la permeabilidad de la vía aérea como se observa en el asma bronquial, y de bloqueo alvéolo capilar.

Grados de disnea:

El Medical Research Council de Estados Unidos ha establecido la siguiente evaluación clínica del grado de disnea:

Grado I:	Actividad física normal a expensas de un aumento de la frecuencia y profundidad de la ventilación y del gasto cardíaco.
Grado II:	Actividad física normal en lo plano, pero disminuye en subidas, pendientes o escaleras.
Grado III:	Puede recorrer un kilómetro en lo llano.
Grado IV:	No puede caminar más de 100 metros en lo llano sin detenerse a descansar.
Grado V:	La disnea se presenta por pequeñas actividades como hablar, desvestirse; no pueden generalmente salir de la casa.

Es importante esta clasificación para cuantificar el grado de invalidez de un paciente:

La disnea respiratoria puede ser debida a:

1) Hiperventilación voluntaria, como en el ejercicio.
2) Reducción del parénquima pulmonar, en enfisema pulmonar.

booksmedicos.org

3) Aumento de la resistencia en la vía aérea como se observa en la bronquitis crónica y en el asma.

4) Por afección de la caja torácica, como la enfermedad de Picwick, la miastenia gravis y la poliomelitis.

La disnea según la enfermedad puede clasificarse en:

1) Ligera
2) Intensa
3) Sofocante.

Según su frecuencia respiratoria tenemos:

- Normal, de 16 a 20 respiraciones por minuto.
- Polipneica, mayor de 20 respiraciones por minuto.
- Bradipneica, menor de 16 respiraciones por minuto.

Según su forma de presentarse:

- De esfuerzo: aparece con la actividad física.
- De Decúbito: aparece al acostarse.
- Paroxística: aparece bruscamente.
- Paroxística nocturna
- Ortopnea: es una disnea permanente que obliga al enfermo a permanecer sentado.

La disnea respiratoria puede ser de dos tipos:

- Paroxística
- Progresiva

1) ***Paroxística***: como acontece con el asma bronquial; se caracteriza por:

   a) ***Circunstancia de aparición:*** brusca; puede haber exposición a un antígeno.

   b) ***Intensidad:*** de leve a intensa, hasta status asmático.

   c) ***Duración:*** horas o días.

   d) ***Tipo de disnea:*** espiatoria.

   e) ***Concomitante:*** tos, taquicardia, tiraje (depresión inspiratoria de las partes blandas del tórax), aleteo nasal.

   f) ***Atenuantes:*** Oxígeno y broncoldilatadores.

   g) ***Agravantes:*** infecciones y emociones.

2) ***Progresiva:*** como acontece en las enfermedades obstructivas crónicas (bronquitis crónica) o restrictivas como el enfisema.

   a) ***Circunstancia de aparición:*** son generalmente evolutivas, de grande, mediano a pequeños esfuerzos. Luego la disnea se hace permanente.

   b) ***Duración:*** al final es permanente. Se exacerba con infecciones del tracto respiratorio.

   c) ***Tipo de disnea:*** mixta (obstructiva y restrictiva)

   d) ***Concomitantes:*** cianosis, dedos en palillos de tambor, tórax enfisematoso, tos productiva y expectoración abundante.

   e) ***Atenuantes:*** Oxígeno, broncodilatadores, antibióticos.

   f) ***Agravantes:*** enfermedades infecciosas respiratorias, especialmente por Hemophilus Influenzae.

DOLOR PLEURÍTICO

Este dolor se puede observar en pleuritis por:

a) Neumonías
b) Infartos pulmonares
c) Carcinoma primario de la pleura (Mesotelioma) o metástico a pleura.

El dolor pleurítico tiene generalmente estas características semiológicas:

a) Circunstancia de aparición
b) Localización: Hemitórax afectado.

booksmedicos.org

c) Intensidad: moderado a intenso
d) Carácter: punzante
e) Duración: variable.
f) Periodicidad: no es periódico.
g) Propagación: a hombro, en caso de afectación de la pleura diafragmática.
h) Atenuantes: con respiración artificial.
i) Agravantes: tos y respiración profunda.
j) Concomitantes: tos, disnea, hemoptisis, según la causa de la pleuritis.

EXPECTORACIÓN Y ESPUTO

Concepto:

Expectoración es la expulsión por medio de la tos, de materias contenidas en la tráquea, bronquios o pulmones.

Esputo es el producto de la expectoración.

De acuerdo a sus características, la expectoración puede ser:

1) Mucosa o broncorrea: esputo incoloro, viscoso, adherente y aireada; se observa en bronquitis virales.
2) Mucopurulentas: se distinguen dos tipos:
   - Esputo mucoso mezclado con islotes purulentos; amarillento.
   - Esputo que sedimenta en 4 capas como se observa en bronquiectasia.
3) Purulento, de aspecto amarillo-verdoso.
4) Seroso, de aspecto variable; de blanco a nacarado en el asma; rosado, en el edema agudo pulmonar.
5) Hemoptoico, es el esputo teñido de sangre.
6) Herrumbroso: color como herrumbe, en las neumonías por neumococos.

VÓMICA

Expulsión por la boca mediante acceso de tos, e gran cantidad de secreciones provenientes del aparato respiratorio o de órganos vecinos.

Expectoración voluminosa: puede aparecer por:

1) Absceso pulmonar; absceso hepático.
2) Drenaje de piotórax a vías respiratorias.

HEMOPTISIS

Concepto:

Expulsión de sangre roja, rutilante y aireada, precedida de tos y proveniente de las vías respiratorias.

Causas más frecuentes:

a) T.C.B.
b) CA broncogénico
c) Bronquiectasia
d) Estenosis mitral
e) Infarto pulmonar
f) Bronquitis.

Características semiológicas:

1) La sangre es roja, rutilante y aireada.
2) Existen prodromos como: sensación de calor retroesternal, sabor metálico, cierta dificultad respiratoria, cosquilleo laríngeo que precede la tos.
3) La sangre puede ser expulsada bruscamente. El enfermo tiene un acceso de tos durante el cual expulsa sangre en cantidad variable, habitualmente 100 – 300 cc.
4) Hay signos generales como disnea, palidez y angustia.
5) La evolución es casi siempre favorable, los accesos de tos se hacen espaciados, disminuyendo gradualmente

booksmedicos.org

la cantidad de sangre, hasta que sólo aparecen esputos pardo-amarillentos, constituyendo la cola o caída de la hemoptisis.

6) La hemoptisis puede ser abundante y provocar asfixia del paciente.

TOS

Concepto:

Consiste en una espiración brusca, violenta, explosiva, cuya finalidad s la expulsión de las vías respiratorias, de las mucosidades o cuerpos extraños que se encuentran en ellas. Es un acto reflejo y puede ser también un acto voluntario. Como en todo reflejo existen:

a) Una zona sensible (faringe, laringe, tráquea, bronquio, mediastino, peritoneo)

b) Una vía centrípeta, el Vago.

c) Un centro, el núcleo del Vago, en el piso del IV ventrículo.

d) Una vía centrífuga, médula espinal, nervios raquídeos motores de los músculos abdominales y diafragmáticos.

Mecanismos de producción de la Tos:

Al haber un estímulo, se realiza inspiración forzada y se cierra bruscamente la glotis. El aire queda así atrapado dentro del pulmón; seguidamente se eleva al paladar blando y se contraen bruscamente el diafragma y demás músculos abdominales y torácicos, lo que aumenta la presión intrapulmonar; se abre violentamente la glotis y el aire es expulsado por la boca arrastrando todo el contenido que se encuentra en las vías respiratorias. El aire expulsado puede alcanzar una velocidad de 120 Km. por hora.

En el estornudo, el mecanismo es similar pero quien se abre bruscamente es el paladar blando y el aire sale por la nariz.

Causas:

1) Faringitis aguda o crónica.
2) Laringe; en laringitis o tumores
3) Bronquios; en Bronquitis CA bronquial.
4) Pulmones; neumopatías agudas y crónicas.
5) Pleural; tos seca producida por los cambios de posición.
6) Mediastínica; también es sea, a veces quintosa; se observa en mediastinitis, pleuritis.

Tipos de Tos:

1) Seca: breve, no se acompaña de expectoración.
2) Húmeda: productiva, acompañada de expectoración más o menos abundante.
3) Quintosa: accesos repetidos de tos.
4) Bitonal: que tiene dos tonos; se observa cuando el individuo tiene una lesión de las cuerdas vocales.
5) Ronca: en enfermos que padecen de laringitis.
6) Emetizante: tos quintosa que se acompaña de vómitos.

CARDIACO

DISNEA

Concepto

La disnea cardíaca puede ocurrir en cualquiera de las cardiopatías; sin embargo, es más destacada e incapacitante la que guarda relación con la congestión pulmonar.

booksmedicos.org

Causas:

La insuficiencia ventricular izquierda por hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio, cardiopatía chagásica y cardiopatía isquémica.

Estenosis mitral generalmente debida a fiebre reumática.

Tipos:

La disnea cardíaca se manifiesta como una disnea evolutiva en período de meses y años, y se explica por el compromiso cada vez mayor de la función ventricular. Se distinguen los siguientes tipos de disnea:

a) ***A grandes esfuerzos:*** La falla ventricular se pone de manifiesto, solamente con grandes esfuerzos como correr o subir 7 ó 8 pisos de un edificio.

b) ***A medianos esfuerzos:*** Se expresa al caminar a paso rápido 3 ó 4 cuadras o subir 1 ó 2 pisos.

c) ***A pequeños esfuerzos:*** Se manifiesta con actividades leves como caminar 50 a 100 metros o subir 5 ó 6 escalones.

d) ***Ortopnea:*** disnea que ocurre en decúbito , y mejora en posición erguida o semisentada.

e) ***Disnea paroxística nocturna:*** Es clásico sudar en abundancia; el paciente abre una ventana para aliviar la sensación opresiva de ahogo.

f) ***Edema pulmonar agudo:*** El grado extremo de insuficiencia ventricular izquierda, con disnea importante, a veces remeda un ataque de asma (asma cardíaca), pero hay taquicardia, crepitantes y ritmo de golpe.

DOLOR TORÁCICO

Concepto:

Dolor originado en las estructuras dolorosas del tórax.

Clasificación:

El dolor originado en el tórax puede ser: Cardíaco o Extracardíaco.

El dolor cardíaco es debido a la angina de pecho y al infarto del miocardio. Sus características semiológicas son las siguientes:

	Angor	*Infarto*
Localización	Precordio y retroesternal	Precordio y retroesternal
Circunstancia de Aparición	Esfuerzo	Reposo o sueño
Carácter	Opresivo	Opresivo
Intensidad	Intenso	Intenso
Propagación	Hombro y región Interna del brazo izquierdo	Hombro y región Interna del brazo izquierdo
Duración	Menos de 15 min.	Horas
Periodicidad	Periódica	No es periódica
Atenuantes	Reposo. Trinitrina.	Morfina.
Agravantes	Ejercicio. Emoción.	Ejercicio. Emoción
Concomitantes	Taquicardia. Sudoración. Angustia.	Arritmia. Disnea. Hipotensión. E.A.P. Choque.

DOLOR EXTRACARDÍACO

Comprende numerosas afecciones pleuropulmonares y pericárdicas.

booksmedicos.org

	Pleural	Pericárdico
Localización	Hemitórax	Retroesternal
Circunstancia de aparición	Neumonía e infarto pulmonar	Pericarditis post-infarto
Intensidad	Intenso	Moderado
Carácter	Punzante	Punzante
Duración	Al comienzo y al final de la neumonía	Horas o días
Periodicidad	No tiene	No tiene
Propagación	Hacia región dorsal y brazo izquierdo (pleura diafragmática).	Poco propagado
Atenuantes	Apnea y respiración superficial	Decúbito ventral
Agravantes	Fiebre, tos, disnea	Disnea Deglusión

PALPITACIONES

Concepto:

Se define como la percepción consciente del latido cardíaco. Las causas más frecuentes son:

a) ***Taquicardia:*** frecuencia cardíaca mayor de 100 p.m.

b) ***Extrasístole:*** latidos prematuros y ectópicos, seguidos de una larga pausa post-extrasístole, con mayor llenado ventricular debido a la diástole prolongada.

c) ***Fibrilación auricular.***

Etiología

1) ***Fisiológicas:*** la actividad física intensa o moderada origina taquicardia expresada por palpitaciones. Es de todos conocido el hecho de que al terminar de correr percibimos el latido de nuestro corazón.

2) ***Tóxicas:*** el cigarrillo y el café son causa frecuente de taquicardia. Entre las drogas es de recordar la digital, ya que en la intoxicación digitálica se observa un bigeminismo característico (un impulso normal y una extrasístole).

3) ***Cardiopatías:*** en el edema agudo pulmonar hay taquicardia y en la cardiopatía chagásica, se encuentran extrasístoles multifocales.

4) ***Endocrinas:*** en el hipertiroidismo existe taquicardia persistente.

5) ***Taquicardia paroxística:*** de brusco indicio, duración variable, acompañado a veces de mareos y sin cardiopatías previas, y desaparición también brusca.

6) ***Fibrilación auricular:*** ritmos anormales por activación circular de la aurícula, donde la característica más importante es la aparición de taquicardia, pero el ritmo es irregular y presenta latidos que se comportan como extrasístoles.

7) ***Anemia:*** puede acompañarse con taquicardia.

Características semiológicas:

Son variables. En la taquicardia el comienzo es brusco, de duración variable, rápidas y a veces son fuertes; en las extrasístoles y en la fibrilación auricular, las extrasístoles son fuertes y aisladas.

booksmedicos.org

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Concepto:

Entorpecimiento, debilidad y rigidez dolorosa de un miembro (generalmente los inferiores) después de algún tiempo de marcha y que desaparece con el descanso del miembro. También llamada Angina Cruris o Disbasia Angioespástica.

Causas:

Insuficiencia de la circulación arterial para mantener el trabajo muscular; las principales causas son:

a) Trombosis arterial y
b) Embolia arterial

Características semiológicas:

La causa más frecuente de claudicación intermitente es el Síndrome de Leriche o Trombosis en la bifurcación aórtica. Las manifestaciones clínicas son las siguientes:

1) Claudicación intermitente con dolor en las pantorrillas, así como también en las regiones glúteas, que a veces pueden confundirse con una ciática.
2) Disminución de la capacidad de erección, por escaso flujo sanguíneo al pene.
3) Atrofia global de los miembros inferiores, a veces difícil de evidenciar por la simetría.
4) Ausencia de pulsos femorales.

EDEMA CARDÍACO

Concepto:

Acúmulo de líquido en el intersticio. Como quiera que el corazón tiene dos ventrículos y una circulación mayor y otra menor, la falla de cada uno de los ventrículos, origina edema en la correspondiente circulación.

1. ***Edema debido a falla ventricular izquierda.*** Ocasiona hipertensión venosa retrógrada, hipertensión pulmonar y edema a nivel pulmonar (edema agudo pulmonar); caracterizado por disnea, crepitantes, tos, cianosis, ritmo de galope.
2. ***Edema debido a falla ventricular derecha.*** Origina hipertensión venosa y se caracteriza por ser vespertino y por aparecer en los puntos declives; como por ejemplo, las regiones malcolares de los miembros inferiores; al principio intermitente, máximo en la tarde y desaparece con el reposo. Pero pronto se hace permanente; es simétrico, blando, blanco o a veces azulado (a causa de la cianosis) y deja el signo de la fovea.

DIGESTIVO

DOLOR ABDOMINAL

Concepto:

Es el dolor originado en las vísceras abdominales.

Causas:

El dolor abdominal es un síntoma muy frecuente y sus principales causas son:

1) Ulcera Gástrica
2) Ulcera Duodenal
3) Cólico Biliar
4) Pancreatitis
5) Cólicos Abdominales, originados en el intestino delgado y en el intestino grueso.

Característica del dolor de la Ulcera Gástrica:

Circunstancia de aparición: después de la ingestión del alcohol, emociones intensas o ingestión de analgésicos.

Localización: Epigastrio.

booksmedicos.org

Intensidad: Leve, moderada o intensa en la úlcera perforada.

Propagación: Hacia la columna vertebral; si se perfora se propaga según la difusión del líquido gástrico; generalmente es hacia la fosa ilíaca, para luego generalizarse a todo el abdomen por irritación del peritoneo.

Duración: Horas.

Periodicidad: Post-prandial.

Atenuantes: Alcalinos y antiespasmódicos; a veces el vómito.

Agravantes: Comidas ácidas.

Concomitantes: Pirosis y Acidez.

Características del Ulcus Duodenal:

Circunstancia de aparición: Después de la ingestión de alcohol y analgésicos.

Duración: Horas.

Intensidad: Moderada e Intensa.

Carácter: Quemante.

Propagación: Epigastrio y Columna Dorsal.

Periodicidad: 1 – 3 horas después de las comidas.

Atenuantes: Leche, alcalinos y alimentos.

Agravantes: Comidas ácidas y analgésicos.

Concomitantes: Frialdad, pirosis, acidez, náuseas y llenura post-prandial.

Características del dolor pancreático:

Circunstancia de aparición: Después de las comidas copiosas o después de la ingestión de alcohol.

Intensidad: Intenso.

Propagación: En barra

Carácter: A veces en puñalada.

Periodicidad: Sólo en la pancreatitis crónica recidivante.

Duración: 2 – 3 días.

Atenuantes: Ayuno y anticolinérgicos.

Agravantes: Ingestión de alimentos (grasas).

Concomitantes: Hipotensión, sudoración, taquicardia y a veces choque.

Característica del dolor que acompaña a enfermedades intestinales y colónicas:

Tiene las características del cólico o retorcijón, que puede finalizar con la expulsión de gases o de heces.

Características del dolor Biliar:

Circunstancia de aparición: Después de ingerir alimentos grasos; nocturno y/o post-prandial.

Localización: Hipocondrio derecho.

Intensidad: Muy intenso.

Carácter: Cólico.

Duración: Horas, raras veces días.

Propagación: Hacia Hemitórax y Hombro derecho.

Periodicidad: Puede ser periódico, relacionado con la ingestión de alimentos grasos.

Agravantes: Tos.

Atenuantes: Antiespasmódicos.

Concomitantes: Vómitos, fiebre, sudoración, taquicardia, hipotensión y a veces ictericia.

booksmedicos.org

APETITO

La palabra apetito se emplea a veces como sinónimo de hambre, pero significa el deseo específico de ciertos alimentos, y no alimentos en general. En consecuencia, el apetito ayuda al sujeto a ingerir algún tipo de alimentos; en cambio el hambre se designa al ansia por alimentos y se asocia con sensaciones objetivas; el sujeto desarrolla un estado de hiperexcitabilidad muy difícil de definir.

En la práctica médica se descubren alteraciones del apetito en dos aspectos:

a) Aumento del apetito, como vimos en la obesidad, así como en personas que desarrollan una gran actividad física.

b) Disminución del apetito: Se presenta en numerosas enfermedades. De una manera general se encuentra disminuido en enfermedades infecciosas, tumores en algunos trastornos psíquicos como en la anorexia nerviosa.

AEROFAGIA

Concepto:

Consiste en la deglución de aire en cantidades anormales concomitantemente con la ingestión de alimentos (Hidratos de carbono).

Causas:

Existen dos tipos de aerofagia:

1) ***Aerofagia fisiológica:*** sujetos que tragan aire sin darse cuenta y sin causarles molestias o trastornos digestivos.

2) ***Aerofagia patológica:*** se observa en ciertas patologías de la faringe, estómago e hígado, acompañada de molestias desagradables como sensación de plenitud gástrica, eructos, opresión epigástrica y a veces náuseas.

HIPO

Concepto:

Es un acto reflejo mediante el cual se produce una contracción espasmódica del diafragma, con movilización brusca del tórax y del abdomen con la producción de un ruido característico, debido al paso de aire a través del orificio glótico y de vibraciones de las cuerdas vocales. Las contracciones diafragmáticas suelen repetirse varias veces en forma de salvas.

Causas:

Las causas principales del hipo son:

1) Ingestión de alimentos muy fríos o calientes.
2) Ulcera gastroduodenal, cáncer gástrico y hernia hiatal.
3) Irritación peritoneal.
4) Pericarditis con derrame.
5) Uremia.
6) Infarto del Miocardio.

ERUCTOS (FLATULENCIA)

Concepto:

Es la emisión sonora por la boca del aire contenido en el estómago; es debido a:

1) Aire deglutido con los alimentos (aerofagia).
2) Gas contenido en ciertas bebidas y alimentos.
3) Gas que refluye del intestino.
4) Gas originado en el estómago e intestino por fermentación de los alimentos.

Importancia:

El eructo adquiere importancia cuando es abundante o cuando su olor es fétido, ya que indica fermentación y putrefacción como se observa en la estenosis pilórica benigna y maligna.

booksmedicos.org

REGURGITACIÓN

Concepto:

Consiste en el reflujo hasta la boca, del contenido esofágico o gástrico, sin que esté precedido de náuseas ni de ningún tipo de esfuerzo muscular.

Causas:

Se observa después de comidas copiosas, por lesiones funcionales u orgánicas (Insuficiencia del esfínter esofágico inferior y megaesófago). En la estenosis benigna del 1/3 inferior del esófago.

PIROSIS

Concepto:

Consiste en la sensación de ardor o quemadura retroxifoidea y retroesternal que suele acompañar a la regurgitación del jugo gástrico hasta el esófago y faringe.

Causas:

Suele estar presente en:

1) Ulcera gastroduodenal
2) hernia hiatal, esofagitis e insuficiencia del esfínter esofágico inferior.

NÁUSEAS

Concepto:

Brusca sensación penosa que indica la proximidad del vómito, pudiendo ir seguida o no del mismo. El mecanismo que desencadena la náusea, es similar al que provoca vómito, pero se manifiesta con menor intensidad porque los reflejos estimulados parecen ser más moderados.

Causas:

1) Psíquicas: se presentan en estados de repugnancia, como ver alimentos desagradables.
2) Enfermedades del estómago, intestino, vías biliares e hígado.
3) Meningitis y tumores cerebrales.
4) Tóxicas: como se observa con la apomorfina y la intoxicación digitálica.

VÓMITOS

Concepto:

Es la brusca expulsión del contenido gástrico por la boca, precedido o no de náuseas.

Mecanismo del vómito:

Los impulsos aferentes so originados en cualquier parte del tracto gastrointestinal, aunque el estímulo más eficaz es la distensión o irritación del estómago y duodeno; por el simpático y el parasimpático, llegan hasta el centro del vómito que está en el bulbo; los impulsos eferentes a través de las vías motoras (V, VII, IX, X, XII pares craneales y de algunos nervios raquídeos), llegan a los músculos abdominales y al diafragma; se produce una inspiración forzada, elevación del hueso hioides y la laringe para abrir el esfínter esofágico superior, cierre de la glotis y elevación del paladar blando; a continuación se contrae enérgicamente el diafragma y los músculos abdominales, así se comprime es estómago y al mismo tiempo se inicia una onda antiperistáltica en la región del antro, culminando con la expulsión del contenido gástrico hacia el esófago y la boca.

booksmedicos.org

Causas:

1) Gastritis aguda y crónica, y en la úlcera gastroduodenal.
2) Vómitos centrales, en el síndrome de hipertensión endocraneal.
3) Medicamentos analgésicos: apomorfina, sulfato de cobre, digital, alcohol.
4) Por estímulos laberínticos.
5) Psíquicos: originados por escenas penosas y olores desagradables y nauseabundos.

Tipos de Vómitos

De acuerdo con el aspecto macroscópico del material vomitado se distinguen los siguientes tipos de vómitos:

a) ***Alimentarios:*** son los más frecuentes y están compuestos por una mezcla de alimentos semidigeridos; son procesos como se ve en los trastornos funcionales del estómago o tardío, como se observa en la estenosis pilórica.

b) ***Acuosos***, formados por jugo gástrico y de sabor ácido.

c) ***Biliosos amargos***, se observa por reflujo de bilis al estómago; se producen en afecciones hepatobiliares, pancreáticas y al comienzo de la obstrucción intestinal.

d) ***Vómitos porráceos:*** se caracterizan por ser fétidos y de color verde oscuro por mezcla de contenido gástrico, bilis, jugo duodenal e intestinal y materia fecal; se observan en las obstrucciones del intestino delgado.

e) ***Vómito fecaloide:*** caracterizado por un contenido fétido, con materias fecales; se observa en las obstrucciones del intestino grueso.

f) ***Hematemesis:*** vómitos de sangre que pueden ser rojo vivo u oscuro por la conversión de la hemoglobina en metahemoglobina y hematina, por la acción del jugo gástrico, generalmente coagulada en "pedazos de hígado." Las causas más frecuentes de hematemesis en Venezuela son:

1) Ulcera duodenal, gástrica y en las gastritis hemorrágicas agudas.
2) Ruptura de várices esofágicas en cirrosis y bilharziosis.
3) CA gástrico.

HECES

Concepto:

Residuo resultante de la digestión, expulsado por la evacuación.

Características de las heces normales:

1) **Cantidad:** 100 – 300 gramos al día.
2) ***Consistencia:*** moldeadas y blandas, líquidas en la diarrea y duras en la constipación, en forma de escilabos.
3) ***Forma:*** Semejan un cilindro que se repliega sobre si mismo conservando su forma delgada; acintado en el CA de recto.
4) ***Color:*** es variable, desde castaño claro a oscuro; en los niños es más claro por la influencia de la alimentación láctea; blanco – pálido en la ictericia obstructiva (hipocolia, acolia) y negro – petróleo en la melena.
5) ***Olor:*** es variable, dependiendo de ciertos productos aromáticos originados en el intestino por la acción de la fermentación (ácido o agrio) o putrefacción (pútrido).

booksmedicos.org

6) A veces con las ***heces*** se pueden expulsar parásitos, como en la ascaridiasis y teniasis, visibles macroscópicamente.

CONSTIPACIÓN O ESTREÑIMIENTO

Concepto:

Se puede considerar como un retraso indebido en la evacuación de excrementos. Si bien una gran mayoría de pacientes tiene una evacuación normal diaria, hay personas normales que evacúan cada 2-3 días. Las principales causas del estreñimiento son:

a) **Neurógenas:** son las más comunes y se explican por la inhibición del acto de defecar en forma voluntaria; de tal forma que después de un cierto tiempo, el tono del recto se adapta deja de enviar impulsos aferentes. Si esto se hace de manera habitual, el reflejo deja de funcionar.

b) ***En las lesiones del SNC***, tales como esclerosis múltiple, tumores medulares y tabes dorsal. Es también muy frecuente la constipación por drogas tales como anticolinérgicos y opiáceos.

c) ***Musculares:*** se explica por atonía de la musculatura del intestino y se observa por abuso en el uso de laxantes o por debilidad de los músculos voluntarios, como en el caso de caquexia, embarazo y ascitis.

d) ***Obstrucciones mecánicas:*** se observa por obstrucción intestinal por tumores, vólvulos, divertículos, compresión extrínseca del intestino o por lesiones rectales que inhiben la defecación (fisuras).

DIARREA

Concepto:

Consiste en la defecación frecuente de heces no formadas, líquidas o semilíquidas, acompañadas o no de cólicos abdominales.

Clasificación:

Se les puede clasificar en agudas o crónicas:

Diarrea aguda:

1) ***Infecciosas:*** por bacterias, parásitos o virus; comprende principalmente a tóxicos infecciosos alimentarios; estafilococosis, salmonelosis, shigelosis, por yersinia, campilobácter, clostridiuno y crisptococus. Por helmiantiasis, amibiasis y gastroenteropatías virales.

2) ***No infecciosas:*** debido a exceso de alcohol o grasas, envenenamiento de alimentos por sustancias químicas o tóxicas.

Diarrea crónica: obedece a numerosos trastornos y la podemos clasificar en:

1) ***Enfermedades sistémicas:*** como hiertiroidismo, uremia, diabetes mellitus, iatrogénicas (antibióticos, laxantes, quimioterapia) y post-gastrectomía.

2) ***Enfermedades del colon:*** amibiasis intestinal, colitis ulcerosa, carcinomatosis del colon y enfermedad diverticular del colon.

3) ***Enfermedades del intestino delgado:*** enteritis, síndrome de malabsorción.

4) ***Emotivas:*** neurosis y colon irritable.

Características semiológicas:

a) ***Diarreas originadas en intestino delgado:*** el bolo fecal que llega al colón es muy abundante y con alimentos

booksmedicos.org

6) A veces con las *heces* se pueden expulsar parásitos, como en la ascaridiasis y teniasis, visibles macroscópicamente.

CONSTIPACIÓN O ESTREÑIMIENTO

Concepto:

Se puede considerar como un retraso indebido en la evacuación de excrementos. Si bien una gran mayoría de pacientes tiene una evacuación normal diaria, hay personas normales que evacúan cada 2-3 días. Las principales causas del estreñimiento son:

a) **Neurógenas:** son las más comunes y se explican por la inhibición del acto de defecar en forma voluntaria; de tal forma que después de un cierto tiempo, el tono del recto se adapta deja de enviar impulsos aferentes. Si esto se hace de manera habitual, el reflejo deja de funcionar.

b) ***En las lesiones del SNC***, tales como esclerosis múltiple, tumores medulares y tabes dorsal. Es también muy frecuente la constipación por drogas tales como anticolinérgicos y opiáceos.

c) ***Musculares:*** se explica por atonía de la musculatura del intestino y se observa por abuso en el uso de laxantes o por debilidad de los músculos voluntarios, como en el caso de caquexia, embarazo y ascitis.

d) ***Obstrucciones mecánicas:*** se observa por obstrucción intestinal por tumores, vólvulos, divertículos, compresión extrínseca del intestino o por lesiones rectales que inhiben la defecación (fisuras).

DIARREA

Concepto:

Consiste en la defecación frecuente de heces no formadas, líquidas o semilíquidas, acompañadas o no de cólicos abdominales.

Clasificación:

Se les puede clasificar en agudas o crónicas:

Diarrea aguda:

1) ***Infecciosas:*** por bacterias, parásitos o virus; comprende principalmente a tóxicos infecciosos alimentarios; estafilococosis, salmonelosis, shigelosis, por yersinia, campilobácter, clostridiuno y crisptococus. Por helmiantiasis, amibiasis y gastroenteropatías virales.

2) ***No infecciosas:*** debido a exceso de alcohol o grasas, envenenamiento de alimentos por sustancias químicas o tóxicas.

Diarrea crónica: obedece a numerosos trastornos y la podemos clasificar en:

1) ***Enfermedades sistémicas:*** como hiertiroidismo, uremia, diabetes mellitus, iatrogénicas (antibióticos, laxantes, quimioterapia) y post-gastrectomía.

2) ***Enfermedades del colon:*** amibiasis intestinal, colitis ulcerosa, carcinomatosis del colon y enfermedad diverticular del colon.

3) ***Enfermedades del intestino delgado:*** enteritis, síndrome de malabsorción.

4) ***Emotivas:*** neurosis y colon irritable.

Características semiológicas:

a) ***Diarreas originadas en intestino delgado:*** el bolo fecal que llega al colón es muy abundante y con alimentos

booksmedicos.org

parcialmente digeridos. Sin embargo, la capacidad del colon y la función están conservadas, y por eso se presentan evacuaciones en número reducido, que son 3-4 diarias. Como no hay inflamación del recto, no hay tenesmo, ni sangre, ni moco en las heces; aquí dominan los trastornos por deficiencia en la absorción intestinal de alimentos: hay deficiencia de vitaminas y pérdida de peso y la diarrea es de carácter crónico.

b) ***Diarreas originadas en intestino grueso:*** la inflamación del recto disminuye el umbral de estimulación, y un pequeño volumen de heces produce sensación de emergencia para defecar, en consecuencia, las deposiciones son muy frecuentes; cuando hay déficit de reabsorción, son líquidas y pueden tener moco y sangre; si hay cólico se alivian con la defecación y expulsión de gas; hay pujo y tenesmo rectal.

MELENA

Concepto:

Se designa con este nombre a la expulsión por el ano, de sangre procedente del intestino, del duodeno o del estómago, de color negro como petróleo, brillantes, líquidas o pastosas y fétidas, debidas a la transformación por la acción de los jugos intestinales de la Hb en hematina.

Causas:

1) Gastritis hemorrágica.
2) Ulcus duodenal.
3) Ulcera gástrica.
4) CA gástrico.
5) Ruptura de várices esofágicas.
6) Hernia hiatal.
7) Esofagitis de reflujo (I.E.E.I.)

Falsas Melenas:

Debidas generalmente a la ingestión de morcillas o por epistaxis posterior, extracción de dientes o ingestión de sales de hierro y bismuto.

Enterorragia:

Expulsión por el ano de sangre proveniente del tubo gastrointestinal bajo; la sangre es de color rojo ya que no está digerida. Sus causas son: Pólipos, CA de colon y la enfermedad intestinal inflamatoria (RCV y Crohn).

Rectorragia:

Sangramiento por el recto, generalmente debido a hemorroides, CA de recto y Pólipos.

DISENTERÍA

Concepto:

Enfermedad aguda a veces epidémica, caracterizada por evacuaciones mucosas, sanguinolentas, cólicos abdominales, pujo y tenesmo rectal.

Causas:

Las principales causas de disentería son:

1) Amibiasis
2) Shigelosis
3) Balantidiasis.

Características semiológicas de las Disentería Amibiana:

a) En la forma leve del comienzo es insidioso, con presencia de una diarrea moderada con 6 a 7 deposiciones al día. Son frecuentes la anorexia, dispepsia y dolor abdominal. En ocasiones se hacen muy abundantes y puede haber moco, sangre y toque al estado general, con fiebre, escalofríos, etc.

booksmedicos.org

b) La forma aguda se observa más frecuentemente en sujetos desnutridos, debilitados y alcohólicos.

GÉNITOURINARIO

DOLOR Estranguria

Concepto:

Dolor originado en el aparato genitourinario. Es un síntoma muy importante en las nefropatías.

Causas principales de dolor genitourinario:

1) Pielonefritis aguda
2) Litiasis renal
3) Tumores renales
4) Infarto renal
5) Riñón Poliquístico
6) Cistitis

Las características semiológicas en la pielonefritis aguda y en la litiasis renal son las siguientes:

Pielonefritis aguda:

Circunstancia de aparición: a veces es espontáneo, sin causa aparente; otras veces, coexiste con diabetes mellitus, embarazo, o si existe anomalía en los riñones, uréteres, o sigue a un cólico nefrítico.

Localización: es lumbar, a veces en hipocondrio derecho o izquierdo.

Carácter: es sordo y profundo.

Duración: Variable (días).

Periodicidad: a veces es recurrente, varias veces al año.

Propagación: hacia hipocondrio, flancos y hacia fosas ilíacas y región inguinal.

Atenuante: el reposo y los antiespasmódicos.

Agravantes: los movimientos de la región lumbar.

Concomitantes: fiebre, disuria, poliaquiuria, anorexia y alteraciones del sedimento urinario.

Cólico Nefrítico:

Circunstancia de aparición: Espontáneo, generalmente nocturno.

Localización: Lumbar.

Intensidad: es muy intenso; uno de los más intensos en medicina.

Carácter: es cólico.

Duración: es de horas, raras veces llega a dos o tres días.

Propagación: hacia la fosa ilíaca, escroto y cara interna del muslo.

Periodicidad: A veces recurrente, varias crisis en un año.

Atenuantes: antiespasmódicos y a veces litotripsia (procedimiento mediante el cual, a través de un aparato endoscópico se tritura el cálculo) o la cirugía; recientemente el tratamiento con ultrasonido.

Concomitantes: Hematuria macroscópica o microscópica; infección urinaria subsiguiente al ataque de cólico; raras veces hay hidronefrosis (se ocluye el uréter, con obstrucción al libre paso de la orina, originándose estasis y dilatación de la pelvis renal), seguido de Pionefrosis (por infección secundaria).

ENURESIS

Concepto:

Micción involuntaria nocturna, que aparece en la infancia o adolescencia.

booksmedicos.org

Causas:

La mayoría de los niños consiguen el control normal de la vejiga entre los dos y los tres años. La ausencia de control nocturno de la micción después de los tres años, se denomina Enuresis y sus principales causas son:

1) ***Origen Psíquico:*** representa por lo menos el 50% de las enuresis.
2) ***Disfunción*** mioneurogénica de la vejiga, representa 30-40%.
3) ***Alteraciones orgánicas*** de la vejiga de cualquier índole; representa un 10%.

Manifestaciones semiológicas de la enuresis psicógena:

El niño puede orinarse en la cama ocasional o regularmente. Generalmente el chorro es libre y de calibre normal. Cuando la incontinencia es diurna, debe descartarse una causa orgánica. El interrogatorio de los padres revela que son ansiosos y tensos. La prueba y exploración del riñón son normales. Son niños que quieren llamar la atención; es como una forma de protesta contra los padres.

Las otras causas obedecen a enfermedades de la vejiga, a estenosis, estrecheces o infecciones de las vías urinarias.

HEMATURIA

Concepto:

Pérdida de sangre con la orina.

Clasificación:

1) Macroscópica o reconocible a simple vista.
2) Microscópica, apreciable con el microscopio o por medio de reacciones químicas.

Origen:

La hematuria puede ser debida al sangramiento de cualquier parte del tracto urinario. Para diferenciarla se usa la prueba de los tres vasos, que consiste en hacer orinar un paciente en tres vasos en forma continua y, sobre la base de esto, se distinguen tres tipos de hematuria:

1) ***Hematuria total:*** se aprecia con igual intensidad en los tres vasos, en cuyo caso el origen de la hematuria es probablemente del riñón.
2) ***Hematuria terminal:*** la hematuria es más intensa en el tercer vaso, en cuyo caso el origen es casi siempre vesical.
3) ***Hematuria inicial:*** es más intensa en el primer vaso y casi siempre es de origen uretral.

INCONTINENCIA URINARIA

Concepto:

Pérdida de la continencia normal de la vejiga, debida a una alteración entre el tono del músculo detrusor y el tono del esfínter uretral exterior.

Clasificación:

1) ***Incontinencia verdadera:*** en cuyo caso la orina fluye continuamente de la vejiga a la uretra; se observa en la insuficiencia del esfínter por lesión o parálisis.
2) ***Incontinencia falsa:*** la orina llega a la vejiga y se escapa a la uretra por rebosamiento. Se observa en la distensión de la vejiga, en cuyo caso la presión vence el esfínter, rebasándose la orina.

booksmedicos.org

MICCIONES

Concepto:

Se define como frecuencia de eliminación de orina en 24 horas. La relación diurna-nocturna es generalmente 3 – 4 a 1.

En las micciones hay que considerar:

1) Alteraciones en el volumen de la orina
2) Alteraciones del ritmo miccional
3) Alteraciones del aspecto de la orina

La alteración en el volumen de la orina eliminada comprende:

Poliuria: Se define como el aumento del volumen de orina eliminada en 24 horas. Generalmente un adulto normal elimina entre 1200 a 1500 cc. de orina en 24 horas. Se habla de Poliuria cuando la orina eliminada es mayor de 2000 cc. en 24 horas.

Clasificación:

1) ***Poliuria hídrica:*** se debe a la eliminación de orina abundante, pálida y con densidad inferior a 1005. Se observa en la polidipsia psicógena, uso de diuréticos, diabetes insípida, por deficiencia de ADH o por falta de respuesta de los túbulos renales a la hormona ADH; esta última se denomina diabetes insípida renal o nefrogénica.
2) ***Poliuria osmótica:*** se debe al aumento de solutos en la orina, como se observa en la diabetes mellitus; también con el uso de diuréticos osmóticos (úrea y manitol), y en la etapa poliúrica de la IRA y de la IRC.

Oliguria:

Se define como la eliminación de orina en 24 horas menor de 500 cc. La disminución de la diuresis a valores inferiores de 50 cc. se denomina Anuria.

Clasificación:

1) ***Oliguria pre-renal:*** se debe a la reducción del flujo plasmático renal por deshidratación, hemorragias, edema.
2) ***Oliguria de origen renal:*** se debe a una disminución de la filtración glomerular y se observa en la fase oligúrica de la insuficiencia renal aguda (IRA), y en la etapa final de la IRC.
3) ***Oliguria post-renal:*** es debida a la obstrucción de la vía urinaria; se observa en la litiasis renal y en la compresión extrínseca de los riñones por tumores abdominales.

Alteración del ritmo miccional: se refiere al número de micciones; sus principales alteraciones son:

Poliaquiuria: Consiste en el aumento del número de micciones; éstas se hacen más frecuentes, sin aumentar forzosamente la cantidad de orina.

Cuando la micción es dolorosa se denomina Disuria. MALO.
DISURIA : Dificultad para orinar

Causas de la Poliaquiuria:

1) ***Psicógena:*** Se observa en estados de excitación y de angustia.
2) ***Enfermedades renales:*** por causa refleja o por extensión de una infección renal a la vejiga, como se ve en TBC renal y la pielonefritis.
3) ***Vesical:*** inflamaciones en las paredes vesicales, con aumento de la sensibilidad a la distensión y micciones con poca cantidad de orina.

booksmedicos.org

1) Maduración folicular y fase estrogénica.
2) Ovulación.
3) Formación del cuerpo amarillo.
4) Necrosis del endometrio progestacional.

Características semiológicas:

1) El primer día la pérdida de sangre es escasa; llega al máximo al segundo y al tercer día; declina el cuarto día. La duración extrema normal es de uno a ocho días, pero la hemorragia es de 3 a 5 días y el resto realmete es una expulsión de moco sanguinolento.
2) La cantidad de sangre expulsada durante toda la menstruación, es de 50 a 150 ml.
3) La sangre es incoagulable por la presencia de enzimas fibrinolíticas.
4) El color es rojo o rojo pardusco.
5) El ciclo normal se repite entre 21 y 35 días; en promedio 28 días.

Las principales alteraciones menstruales son:

Oligomenorrea: El intervalo entre las menstruaciones es mayor de 36 días y menor de 90 días. La duración, el volumen y el color son normales. - 3 días

Polimenorrea: El intervalo entre las menstruaciones es de menos de 21 días; generalmente entre 16 y 21 días. La duración y el volumen, son normales. + 3 días

Hipomenorrea: Consiste en la disminución del volumen de la hemorragia, con duración normal o disminuida, conservando los intervalos normales. Su asociación con la oligomenorrea produce la oligohipomenorrea.

Hipermenorrea: Los intervalos menstruales son normales, pero el volumen de sangre perdida es excesivo, con duración normal.

booksmedicos.org

Menorragia: Los intervalos menstruales son normales, pero el volumen de sangre perdido es excesivo, y la hemorragia se prolonga más de lo normal, de 10 a 15 días o más.

Metrorragias: Hemorragia irregular, aciclica, que aparece en cualquier momento del ciclo, casi siempre con coágulos y cuya cantidad puede variar entre poca cantidad y hemorragia masiva y prolongada, y suele denominarse menometrorragia.

Amenorrea: Este término tiene dos acepciones, una se refiere a la falta de menstruación en los días en que debería haberse presentado y que al producirse tardíamente se denomina oligohipomenorrea. La segunda la define como la falta de menstruaciones en las siguientes condiciones:

1) Con carácter primario o amenorrea primaria, es cuando la mujer nunca ha tenido menstruación.
2) Amenorrea secundaria: es la ausencia de menstruación por más de tres meses, en mujeres que ya han menstruado.

Dismenorrea: Es el dolor que se presenta con las menstruaciones, que puede ser desde el primer o segundo día hasta todos los días.

Causas:

1) ***Funcional:*** es la causa más frecuente y no se debe a ninguna alteración demostrable.
2) ***Inflamatorias***, como se observa en los procesos inflamatorios del útero y anexos.
3) ***Mecánico:*** hay obstrucción a la libre salida de la menstruación en el cuello uterino o en la vagina, como se ve en la hematometra.

PUBERTAD

Concepto:

Es el período de la vida comprendido entre la aparición de los primeros signos de estimulación de las estructuras sexuales y la producción de óvulos aptos para ser fecundados; con maduración concomitante de los caracteres sexuales secundarios que hacen posible la fecundación. De este modo la pubertad femenina significa un conjunto de cambios integrados en el siguiente orden:

1) Aumento de estrógenos determinantes de los cambios somáticos y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
2) Menarquia.
3) Ovulación.

Características semiológicas:

Los cambios que configuran la pubertad, aunque son fisiológicos y normales, integran un síndrome bien definido que ofrece variantes cualitativas y cuantitativas, cronológicas, sexuales y psicológicas.

Manifestaciones somáticas:

1) Aceleración del crecimiento de la talla que precede a la menarquía y que prosigue durante unos cuatro años más.
2) Distribución del tejido adiposo en regiones específicas.
3) Cambios en la voz; en el varón se hace más grave.

Manifestaciones sexuales:

Las estructuras sexuales experimentan un acelerado desarrollo, mucho más evidente que los cambios somáticos; las características más importantes de la pubertad y adolescencia son: agrandamiento de los genitales externos; aparición del vello pubianos denominado Pubarquia de la cual deriva la

denominación de Pubertad. Hay cambios mamarios leves en el varón, denominados ginecomastia y fisiológica, y en las mujeres denominados telarquias.

MENARQUIA

Concepto:

La aparición de la primera menstruación constituye la menarquia y es el rasgo más característico de la pubertad femenina. En nuestro medio la edad promedio es entre los 11 y 12 años, con oscilaciones entre los 9 y los 15 años. La primera menstruación suele ser abundante; ulteriormente se suceden menstruaciones variables en duración e intervalo en plazos mayores o menores a los 28 días; son frecuentes, períodos de amenorrea hasta de meses y posteriormente se establece un ciclo regular. Estas desviaciones que no son obligadas y menos aún constantes, se deben a la falta de ovulación, configurando un período de esterilidad que se considera fisiológico y que dura de 1 a 2 años.

CLIMATERIO

Concepto:

Se denomina climaterio, al período de la vida de la mujer durante el cual las funciones ováricas, ovulatorias, estrogénicas y progestacional, declinan hasta casi desaparecer, originando un desequilibrio humoral cuyas manifestaciones pueden extenderse hasta por 15 años, culminando con la menopausia.

La menopausia es la supresión definitiva de la menstruación y es sólo la expresión más llamativa, de un proceso de declinación fisiológica que se viene produciendo en el aparato genital femenino. Erróneamente se le aplica este término al conjunto del climaterio femenino, cuando en realidad constituye una parte alrededor de la cual, se distinguen dos etapas: premenopáusica y postmenopáusica.

booksmedicos.org

Características semiológicas:

El climaterio constituye un fenómeno fisiológico caracterizado por reacciones inestables, que se exteriorizan principalmente sobre el aparato genital, el sistema nervioso central neurovegetativo y el metabolismo.

Trastornos menstruales:

El principal trastorno es la amenorrea definitiva, la cual se establece en forma brusca en muy pocos casos, casi siempre es precedida por un período de hasta varios años, con ciclos anovulatorios alternando o no con ciclos normales, provocando polimenorreas, oligomenorreas, menorragias, hipomenorrea y hasta metrorragia.

Manifestaciones neurovegetativas:

Una de las manifestaciones más frecuentes y llamativas, son los "sofocones", también conocidos como oleadas de calor, sofocaciones o bochornos. Se trata de una sensación de calor que toma selectivamente, la cara, cuello y parte superior del tórax; de aparición súbita y de duración variable, desde unos segundos a varios minutos. Con frecuencia se acompañan de hiperhidrosis de idéntica distribución. Además, hay reacciones emocionales, cefalea, nerviosidad y crisis de llanto. Este estado persiste desde algunas semanas hasta varios años, hasta desaparecer tan misteriosamente como se inició.

Manifestaciones metabólicas:

La obesidad se acentúa en el climaterio. Hay alteraciones en el metabolismo lipídico. El metabolismo de calcio y el fósforo pueden alterarse y aparecer osteoporosis postmenopáusica. Son frecuentes los dolores óseos especialmente en columna lumbosacra.

DISPAREUNIA

Coito difícil y doloroso, generalmente debido a procesos inflamatorios del introito, vagina y cuello uterino.

FRIGIDEZ

Disminución de la libido o anestesia sexual. Puede clasificarse en:

Frigidez inicial: se observa al comienzo de las relaciones sexuales, por problemas emocionales o dolor; las primeras relaciones sexuales no son normales, hay un cierto rechazo. La frigidez inicial, en algunos casos se podría considerar como fisiológica.

Frigidez terminal: aparece después de varios años de normalidad. Se observa mucho al final de la vida de la mujer o al presentarse problemas familiares.

Frigidez temporal: se observa a veces cuando la paciente sufre de una enfermedad o cuando existen problemas dolorosos de los genitales que sean transitorios. El dolor hace que se tenga un cierto rechazo a las relaciones sexuales.

EXAMEN FUNCIONAL HEMATOLÓGICO

ANEMIA

Concepto:

Es el conjunto de manifestaciones clínicas resultantes de una disminución de la hemoglobina por debajo de 12 grs.%.

Clasificación:

I. Según los valores de la hemoglobina.
II. Morfológica.
III. Clínica.
VI. Etiológica.

booksmedicos.org

I. Según los valores de hemoglobina:

1) Anemias leves, de 9 a 12 grs.% de Hb.
2) Anemias moderadas, de 6 a 9 grs.% de Hb.
3) Anemias graves, menos de 6 grs. % de Hb.

II. Clasificación Morfológica:

V.C.M.	*H.C.M.*	*Entidades Nosológicas*
1. Normocítica	Normocrómica	Aplasia Medular Hemólisis; Hemorragias agudas.
2. Normocítica Microcítica	Hipocrómica	Ferropénica, Talasemia.
3. Macrocítica	Normocrómica	Deficiencia de B12; Deficiencia de ácido fólico; hemolisis crónica; hepatopatías.
4. Macrocítica	Hipocrómica	Deficiencia de B12 y ácido folico combinado.
5. Microcítica esferocítica	Normocrómica	Esferocitosis hereditaria

III. Clasificación Clínica:

1. Sideropénica
2. Siderémicas
3. Megaloblásticas
4. Hemolíticas
5. Insuficiencia medular.

1. Sideropénica:

a) Deficiencia de hierro
b) Deficiencia en la dieta o hemorragias crónicas.
c) Absorción inadecuada de hierro; pérdida de hierro.
d) Atransferrinamia.

2. Siderémicas:

a) Defectos de la síntesis del grupo Hem.
b) Por deficiencia de Piridoxina.
c) Defectuosa conversión de piridoxina a piridoxal.
d) Envenenamiento por plomo.
e) Alteración de síntesis de la globina.

3. Megaloblástica:

a) Por déficit de vitamina B12.
b) Por déficit de vitamina B12, por dietas vegetarianas y alcohólicas.
c) Déficit de ácido fólico.
d) Atrofia gástrica.
e) Gastrectomizados
f) S.M.A.I. (Síndrome Mala Absorción Intestinal).

4. Hemolítica:

a) Por defectos intra-corpusculares

- defectos enzimáticos de la glicólisis o ciclo anaeróbico;
- defectos de la glucosa – 6 – fosfato deshidrogenasa;
- defecto intracorpuscular al cual se le agregue un defecto extracorpuscular.

b) Por defectos extracorpusculares:

- Inmunológicas
  - Por autoanticuerpos
  - Secundaria a enfermedades como Hodgkin,

booksmedicos.org

Leucemia y algunos tumores o carcinomatosis diseminada.
- Por isoanticuerpo
- Isoglutina anti Rh y kell
- Anemia hemolítica del recién nacido
- Anemia por drogas (alfemetildopa).

No inmunológicas:
- Debidas a agentes químicos y fármacos (como el plomo y la fenacetina)
- Por agentes físicos (las quemaduras, prótesis valvulares y radiaciones ionizantes)
- Infecciosa
- Por venenos de animales y vegetales

c) Por insuficiencia medular

- Congénitas
- Adquiridas
  - Agentes Físicos (radicaciones ionizantes).
  - Agentes químicos (drogas anti-inflamatorias antirreumáticas, analgésicos, antibióticos, y antitiroideos).
  - Mieloptisis, cuando la médula ósea es sustituida por otras células.
  - Mielofibrosis es cuando hay en la médula ósea aumento de tejido fibroso, sin que haya aumento de otro tejido.
  - Metaplasia mieloide, son focos extramedulares de médula ósea, acompañada de eritropoyesis extramedulares.

IV. Clasificación etiopatogénica:

1. Pérdida de glóbulos rojos debida a sangramiento o hemólisis:

a) El sangramiento a su vez puede ser agudo o crónico.

b) La hemólisis a su vez puede ser debida a defecto intracorpuscular o extracorpuscular.

El primer grupo comprende las anemias hereditarias, siendo las principales: la microesferocitosis hereditaria, la anemia drepanocítica, talasemia, las hemoglobinopatías C y E, la eliptocitosis, hemoglobinuria nocturna paroxística; incluyéndose además en este grupo, un número cada vez mayor de hemoglobinopatías y por último las deficiencias enzimáticas del eritrocito, como la deficiencia de glucosa -6- fosfato, deshidrogenasa, piruvato-cinasa, etc.

El grupo de anemias hemolíticas debido a defecto extracorpuscular incluye: anemias hemolíticas por anticuerpos como la enfermedad hemolítica del recién nacido, la anemia autoinmune y muchas otras de origen infeccioso, parasitario, microangiopáticas, quemaduras, etc.

2. Anemias debidas a la falta de elementos nutrientes: incluye las deficiencias de hierro, ácido fólico, vitamina B12, proteínas.

3. Anemias por eritropoyesis defectuosa: comprende a su vez las anemias por aplasia o hipoplasia medular, infiltración medular por células tumorales, leucemia, linfoma, mieloma, etc., llamadas también anemias "mieloptísicas". Quedan incluidos además en este grupo los defectos de eritropoyesis secundaria a: uremia, infecciones, enfermedades autoinmunes, mixedema, hipopituitarismo, enfermedad de Addison, cáncer.

Manifestaciones clínicas de la Anemia:

a) ***Cutáneo-Mucosas:*** se aprecia palidez en las palmas de las manos, lóbulos de las orejas, lecho ungueal, conjuntivas oculares.

booksmedicos.org

b) ***Sistema cardiovascular:*** hay aumento del gasto cardíaco, con disminución de la resistencia periférica, la taquicardia es variable y dependiente de las cifras de Hb; invariablemente se auscultan soplos sistólicos y en casos extremos de anemias, se puede presentar insuficiencia cardíaca de gasto elevado.

c) ***Sistema neuromuscular:*** hay cefalea, vértigos, debilidad muscular, fatiga y falta de concentración, que se explica por la hipoxia.

d) ***Sistema respiratorio:*** la hipoxemia produce polipnea, así como disnea a pequeños esfuerzos.

e) ***Sistema digestivo:*** se aprecia hiporexia y flatulencia.

f) ***Síntomas y signos específicos:*** a estos síntomas generales variables y dependientes de la gravedad de la anemia, se le suman los síntomas específicos relacionados con la etiología de las anemias.

AGRANULOCITOSIS

Concepto:

Disminución total o parcial del número de los elementos figurados de la sangre, pertenecientes a la serie mieloide. Se habla de agranulocitosis cuando los glóbulos blancos están disminuidos por debajo de 300 por mm^3.

Etiología:

La causa más frecuente de agranulocitosis es la aplasia medular. Las principales causas de aplasia medular son:

a) Los agentes tóxicos
b) Drogas
c) Mieloptisis
d) Mielofibrosis

Manifestaciones semiológicas:

Las características semiológicas más importantes de la agranulocitosis, son las infecciones localizadas principalmente a nivel de la orofaringe, anginas y otras infecciones severas. En segundo lugar están las infecciones pulmonares, en forma de neumonía o bronconeumonía. Por último infecciones en piel y principalmente en el recto, bajo la forma de absceso perirrectal. La agranulocitosis puede presentarse en forma aislada o acompañada de anemia y trombocitopenia, siendo esta última, una causa frecuente de muerte por hemorragia cerebral.

TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA

Concepto:

Se puede definir como la falla de los mecanismos hemostáticos, para cohibir la hemorragia que acompaña a las lesiones vasculares.

Clasificación:

Los trastornos de la hemostasia se pueden dividir en:

a) Síndrome purpúrico
b) Trastornos de la coagulación.

A. ***Síndrome Purpúrico:*** se define como la tendencia a sangrar debida a una falla de los vasos sanguíneos y/o de las plaquetas; desde el punto de vista clínico esta tendencia se manifiesta por el síndrome petequial.

Clasificación de la púrpura:

a) ***Púrpura vascular:*** es debida a una falla en los vasos sanguíneos y se observa en:

1. ***Escorbuto:*** por deficiencia de vitamina C. Muy raro en nuestros días.

booksmedicos.org

2. ***Púrpura senil:*** se observa en personas de edad avanzada como equimosis principalmente en las extremidades y es debida a una fragilidad capilar.

3. ***Púrpura alérgica de Schonlein-Henoch:*** se cree que se debe a una reacción antígeno-anticuerpo que daña el endotelio vascular.

4. ***Púrpura medicamentosa:*** su patogenia no está bien dilucidada. Cede al suspender el medicamento.

5. ***Púrpura esteroidea:*** observada en el síndrome de Cushing o por medicación por esteroides; se debe a una fragilidad capilar por pérdida del tejido conectivo perivascular, debido al aumento de catabolismo proteico.

b) Púrpura plaquetaria: se distinquen tres variedades:

1. ***Púrpura trombocitopénica:*** obedece a una disminución del número de plaquetas por debajo de 50.000 por mm^3, debida a una falta de producción medular (Aplasia Medular) o a una destrucción exagerada en la sangre periférica, generalmente por mecanismo inmunológico.

2. ***Púrpura trombocitopática:*** el número de plaquetas es normal, pero hay alteraciones de la función plaquetaria. Es frecuente observarla, durante la administración de aspirinas y pirimidamol.

3. ***Púrpura por trombocitosis:*** cursa con elevación el número de plaquetas por encima de 400.000, observándose en primer lugar trombosis y luego púrpura por consumo de las plaquetas.

Manifestaciones semiológicas del Síndrome Purpúrico:

Se expresa por hemorragias en cualquier tejido, espontáneas o después de heridas o intervenciones quirúrgicas. Según el lugar donde se genera la hemorragia habrá las siguientes manifestaciones semiológicas:

1. ***En piel:*** aparecen petequias, es decir, extravasación de sangre en el intersticio de piel o mucosas, con diámetro menor de 5 mm. O se formarán equimosis cuando el diámetro es mayor de 5 mm.
2. ***Boca:*** sangramiento de las encías a menor contacto (Gingivorragia).
3. ***Nariz:*** Epistaxis.
4. ***Pulmón:*** Hemoptisis.
5. ***Aparato digestivo:*** Hematemesis, Melena y Rectorragia.
6. ***Urinario:*** Hematuria.
7. ***Ginecológico:*** Metrorragia, Hipermenorrea.
8. ***S.N.C.:*** Hemorragia Subaracnoidea o ntraparenquimatosa.

B. ***Trastornos de la coagulación:*** se define como la tendencia a sangrar ocasionada por una deficiencia cuantitativa, hereditaria o adquirida, de los factores de la coagulación.

Clasificación: según su origen se dividen en hereditarios y adquiridos.

Hereditarios: a su vez pueden ser:

1. ***Gonosómico:*** ligado al sexo, cuyo prototipo es:
   a) Hemofilia clásica debida a la deficiencia del Factor VIII o globulina antihemofílica.

booksmedicos.org

b) Deficiencias del Factor IX o enfermedad de Christmas.

Autosómicas recesivas: comprende las deficiencias de los siguientes factores:

a) Deficiencia congénita del Factor II o Hipoprotrombinemia.
b) Deficiencia del Factor XI.
c) Deficiencia del Factor X.
d) Deficiencia del Factor VII.
e) Deficiencia del Factor XIII.
f) Deficiencia del Factor V (Parahemofilia).
g) Deficiencia del Factor I o Afibrinogenemia.
h) Deficiencia del Factor XII.

3. *Autosómica dominante:* comprende:
   a) Enfermedad de Von Willebrand o Pseudo-Hemofilia o Hemofilia vascular.
   b) Disfibrinogenemia congénita.

Adquiridos: son bastante comunes, resultan de la deficiencia simultánea de varios factores de coagulación y existen además anormalidades vasculares y plaquetarias. Las principales son:

1. Deficiencia de factores dependientes de la vitamina K como se observa en:
   a) Hepatopatías graves por falta de síntesis.
   b) Ictericia obstructiva por falta de absorción de vitamina K.
   c) Medicamentos que interfieren con la vitamina K: cumarinicos, fenil-hidantoína, antibióticos, etc.

2. Por destrucción acelerada de los factores de la coagulación (Síndrome de Desfibrinación).
3. Por inhibidores anormales de la coagulación: Antitromboplastina y Antitrombina.

Manifestaciones semiológicas:

Todos los trastornos de la coagulación producen síntomas parecidos, independientemente de cuál o cuáles sean los factores disminuidos. Sin embargo, varían en magnitud y en la frecuencia con que ocurren. Las principales manifestaciones son:

1. Hemorragia variable después de traumatismos.
2. Hemartrosis sin traumatismos importantes.
3. Equimosis.
4. Hematomas subcutáneos extensos, disecantes, capaces de comprimir nervios u otras estructuras vitales.
5. Hemorragia importante post- exodoncia o intervenciones quirúrgicas.
6. Hemorragia gastrointestinal más o menos frecuente.

EXAMEN MEDICO FUNCIONAL. NERVIOSO Y MENTAL

CONVULSIONES

Concepto:

Contracciones musculares "Clónicas bruscas o involuntarias", seguidas de períodos breves de relajación, que se presentan en forma de crisis y que provocan desplazamiento de la cabeza, tronco y miembros cuando son generalizados. Hay también convulsiones "tónicas", bajo forma de contracciones musculares prolongadas, haciendo que el sujeto se encuentre rígido.

booksmedicos.org

En la epilepsia hay convulsiones mixtas, es decir, tónico-clónicas, acompañada de pérdida del conocimiento y como post-ictal.

Clasificación:

1. Síndrome o disrritmia cerebral paroxística.
2. Síndrome convulsivo.

La epilepsia se subdivide en:

a) Epilepsia gran mal, caracterizado por cuatro períodos:

- ***Período precrítico:*** previo al ataque, se caracteriza por pródromos de tipo sensitivo, ej.: adormecimiento de la punta de la nariz, la mano, auditivas, olfativas o visuales, psíquicas; ej.: ideas fijas de determinado tipo.
- ***Período crítico o de crisis:*** se caracteriza por un grito inicial, pérdida del conocimiento y caída al suelo seguido de espasmos tónicos generalizados; el paciente se encuentra rígido y acusa cierto grado de cianosis. Al cabo de algunos segundos la contracción tónica da paso a las sacudidas musculares clónicas con relajación de los esfínteres y mordedura de la lengua, as que cesan al cabo de 2 ó 3 minutos, entrando el sujeto en estado de cómo profundo (en la fase tónica también pueden morderse la lengua, pero lo normal es que sea durante los movimientos clónicos).
- ***Período post-crítico:*** el paciente se encuentra en estado de coma llamado "post-ictal", al cabo del cual sigue un estado confusional que puede durar varios minutos, y durante estos minutos el sujeto no recuerda nada de lo que le ha sucedido. A amnesia es completa.
- ***Estado intercrítico:*** es el tiempo que separa una crisis de otra; puede ser asintomático en algunos pacientes

y en cambio en otros pueden presentarse anomalías del comportamiento como cambios del carácter o de la conducta.

El síndrome de gran mal es idiopático, es decir, no tiene causa conocida.

b) Epilepsia de pequeño mal: en esta variedad se distinguen tres tipos:

- ***Pequeño mal tipo ausencia:*** se caracteriza por lagunas mentales de pocos segundos de duración, después de los cuales el paciente desarrolla su actividad normal. A veces el sujeto se encuentra hablando y de repente se queda en el vacío, callado; a los pocos segundos prosigue la conversación como si no hubiera pasado nada; por eso se llama ausencia.
- ***Pequeño mal tipo mioclónico:*** se caracteriza por sacudidas mioclónicas de breve duración. Si la sacudida es en los miembros inferiores, el paciente puede caer al suelo.
- ***Pequeño mal tipo acinético:*** se caracteriza por pérdida de la postura y caída, para levantarse rápidamente; no hay pérdida de la conciencia.

Todos estos tipos de epilepsia se caracterizan por un patrón electroencefalográfico característico, que es una punta y una onda o dos puntas y una onda.

c) Crisis de epilepsias focales: se caracteriza por ser:

- ***Sensitiva:*** las manifestaciones son sensitivas; adormecimiento de una parte del cuerpo.
- ***Sensorial:*** alucinaciones de tipo gustativas, olfatorias o auditivas.
- ***Motoras:*** las epilepsias focales motoras también se laman Epilepsia focal tipo Bravais – Jackson y se caracterizan por sacudidas musculares que se inician siempre en el mismo sitio, pudiendo quedar

booksmedicos.org

limitadas o extenderse, siguiendo un mismo camino; cuando no se generalizan, el paciente no pierde la conciencia; el paciente observa, por ejemplo, movimientos involuntarios del dedo pulgar, que pueden extenderse y seguir un camino ascendente para generalizarse, convirtiéndose así en una epilepsia tipo gran normal.

Es de gran importancia conocer esta característica, porque significa que hay una lesión en el área motora correspondiente a la región donde se inician los movimientos.

2. Síndrome convulsivo:

Se presenta con carácter secundario, es decir, el ataque convulsivo es síntoma de otra enfermedad. Las principales causas son:

a) ***Tumores cerebrales:*** éstos en múltiples oportunidades, se manifiestan por un ataque convulsivo, y cuando se estudia el paciente se encuentra que tiene un tumor cerebral.

b) ***Meningitis y A.C.V.:*** en algún momento de la evolución de una meningitis, el paciente puede tener un ataque convulsivo; lo mismo ocurre en los accidentes cerebrovasculares, hemorrágicos, trombóticos y embólicos.

c) ***Hipoglicemia e Hipocalcemia:*** quizás una de las convulsiones más características es la que se presenta en la hipoglicemia y en la hipocalcemia, también llamada tetania. La tetania puede ser normocalcémica o hipocalcémica cuando las convulsiones tónicas se presentan en sujetos con valores de calcio normales. Esto se observa principalmente en el síndrome de hiperventilación que aparece en muchas personas histéricas, as que en situaciones de emociones o angustias, comienzan a hiperventilar. La hiperventilación ocasiona una eliminación excesiva de CO_2 con alteración de la ecuación de Henderson-Hassellbach de bicarbonato

sobre ácido carbónico, es decir, que el numerador disminuye y se produce una alcalosis respiratoria; el ion Ca que se encuentra en dos formas, libre y ligado a proteína, sufre la siguiente modificación: e libre se une a la proteína, ,los valores de Ca iónico están disminuidos, con Ca total normal y el paciente desarrolla un síndrome convulsivo, y la hipocalcemia se observa en numerosas enfermedades, donde reamente hay disminución del Ca.

d) ***Uremia y eclampsia.***

e) ***Convulsiones febriles, especialmente en niños.***

MARCHA

Concepto:

Manera o estilo de andar, norma o patológico.

Clasificación de la marcha:

1. ***Marcha de Todd:*** se observa en la hemiplejia espástica y se caracteriza porque la pierna paralizada es llevada hacia adelante mediante un movimiento de circunducción. A menudo el borde interno del pie se arrastra por el suelo (Marcha en guadaña).
2. ***Marcha tipo Steppage (Paso de parada):*** se observa en la polineurirtis y en la parálisis del ciático poplíteo externo. Se caracteriza porque el paciente en cada paso levanta exageradamente el muslo y el pie del suelo; éste último al hacer lo hace sobre la punta del pie y no sobre el talón como es lo normal.
3. ***Marcha Parkinsoniana:*** se observa en la enfermedad de Parkinson y se caracteriza por ser una marcha acelerada, involuntaria y progresiva como si el sujeto corriera detrás de su centro de gravedad.

booksmedicos.org

4. ***Marcha cerebelosa:*** la deambulación es desordenada, en zig-zag; como de ebrio, apoyando a veces las puntas de los pies y a veces los calcáneos.

5. ***Marcha tabética:*** se observa por lesión de los cordones posteriores (generalmente debido a sífilis); se caracteriza por una marcha en que los pies son levantados bruscamente del suelo y luego caen sobre los calcáneos (el paciente talonea); e sujeto fija la mirada en el suelo y en los objetos que lo rodean, porque ha perdido la sensibilidad propioceptiva, no tiene sentido de posición y por lo tanto no sabe dónde están sus pies y los tiene que ver cuando llegan al suelo u oírlos a través del taloneo.

6. ***Marcha miopática:*** se observa en las miopatías. Se caracteriza porque la pelvis es llevada hacia adelante y el tronco hacia atrás. Cuando tiende a pasar de la posición sentada a la posición de pie el paciente se apoya con las manos en ambos muslos.

COMA

Concepto:

Estado de estupor profundo, con pérdida total o casi total de la conciencia, de la motilidad y de la sensibilidad, es decir, hay una pérdida de la vida de relación, con conservación, al menos, por algún tiempo de la vida vegetativa.

Clasificación:

Desde el punto de vista práctico se puede clasificar en tres tipos:

1. ***Coma sin rigidez de nuca y sin signos de focalización neurológica:*** este coma se observa en el coma urémico, en el hepático, en el diabético, en el hipoglicémico, en la intoxicación barbitúrica y por CO_2.

2. ***Coma con signos de focalización neurológica:*** el paciente está en coma y tiene signos deficitarios del sistema nervioso central. Se observa en la embolia, en la trombosis, en la hemorragia cerebral así como en los tumores y abscesos cerebrales; el paciente en estado comatoso tiene además paralizadas las piernas o la mitad del cuerpo o un par craneano. Estas lesiones deficitarias motoras, representan la focalización. Ej.: accidentes cerebro-vasculares.

3. ***Coma acompañado de rigidez de nuca:*** se observa en las hemorragias subaracnoideas, en la meningitis y en la encefalitis.

Clasificación semiológica:

Desde el punto de vista semiológico se distinguen cuatro estadios del coma:

1. *Estadio I o pre-coma:*

   Hay estupor, el paciente no responde a preguntas; si es llamado abre los ojos y responde a estímulos dolorosos (si lo pellizcamos abre los ojos y aleja e brazo); el control de los esfínteres está perdido, sin embargo, se conserva la deglución.

   Hay un tipo de estado estuporoso de coma leve o pre-coma, en el cual el paciente tiene alucinaciones y delirio. El sujeto habla y grita de acuerdo con sus alucinaciones y delirio. Este tipo de coma se llama coma vigil; vigil, porque se comporta como si estuviera despierto, pero la perceptividad está perdida.

   Por perceptividad entendemos la facultad de recibir impresiones sensoriales del mundo exterior.

   Reactividad es la respuesta que tiene el organismo de conservación cuando se le pellizca y quema; o se le produce dolor.

   En el coma lo primero que se pierde es la perceptividad a estímulos de cierta magnitud.

booksmedicos.org

2. ***Estadio II o coma propiamente dicho:***

La percepción está perdida y conserva la reactividad que está disminuida (hay que pellizcarle muy fuerte para que mueva el brazo).

Los reflejos pupilares están conservados, la función respiratoria también, pero puede haber alteraciones de ella, es decir, la respiración normal está sustituida por polipnea, bradipnea o taquipnea.

3. ***Estadio III o coma profundo:***

Hay pérdida total de la percepción y de la reactividad, abolición de los reflejos; los reflejos pupilar, corneal y faríngeo están abolidos, hay hipotonía muscular y es frecuente el signo de Babinsky; hay perturbación de la respiración que se hace difícil, estertorosa, acompañándose con hipotensión, bradicardia y distemia (puede tener la temperatura muy baja o muy alta).

4. ***Estadio IV:***

Ese estadio es posible gracias a los modernos métodos de reanimación, con respiración asistida y regulación circulatoria, por ausencia de las funciones vegetativas (este estadio sólo es posible en la unidad de cuidado intensivo).

Hay un tipo de coma llamado "Coma Carus" representado por el coma Estadio III, acompañado por el deterioro de la función vegetativa, como hipotensión arterial, braquicardia y alteración profunda de la respiración; es un estadio preagónico.

PARALISIS

Concepto:

Abolición completa de la motilidad en una o varias partes del cuerpo; cuando la pérdida de la motilidad no es completa se denomina Paresia.

Clasificación:

Atendiendo a los segmentos del cuerpo afectado, se distinguen los siguientes tipos de parálisis o paresia:

1. ***Hemiplejia o Hemiparesia:*** parálisis o paresia de la mitad del cuerpo. Se distinguen cuatro tipos:
   a) ***Directa:*** la hemiplejia de la cara, tronco y extremidades es de mismo lado (Homolateral).
   b) ***Alterna:*** hay lesión de algún par craneal de tipo nuclear o infranuclear (parálisis del mismo lado de lesión central), y lesión del haz piramidal o vía corticoespinal de tipo supranuclear o central, provocando parálisis del tronco y extremidades del lado opuesto a la lesión central. La hemiplejia de la cara y de la mitad del cuerpo son contralaterales.
   c) ***Espástica:*** se acompaña de hipertonía muscular.
   d) ***Flácida:*** se acompaña de hipotonía muscular.

   Podemos encontrar hemiplejia directa espástica, hemiplejia directa flácida, hemiplejia alterna espástica, hemiplejia alterna flácida.
2. ***Paraplejia:*** parálisis de dos miembros superiores o inferiores (braquial o crural). El término se reserva para parálisis de miembros inferiores.
3. ***Monoplejia:*** parálisis de una sola extremidad.
4. ***Cuadriplejia:*** parálisis de las cuatro extremidades.

Las causas más frecuentes de parálisis son:

a) Accidentes cerebro-vasculares.
b) Tumores.
c) Lesiones de los nervios raquídeos o la médula.

booksmedicos.org

PERSONALIDAD

Concepto:

Organización integrada de todas las características, cognoscitivas, afectivas y conativas. Los tipos de personalidad pueden ser:

1. ***Personalidad Paranoide:*** se caracteriza por un aprecio exagerado de sí mismo; son extremadamente peleones (extrema litigiosidad); tienen falta de humor; tendencia a menospreciar al prójimo y frecuentes estados de manía persecutoria.
2. ***Personalidad Esquizoide:*** se reconoce fácilmente por la dificultad de establecer relación con el ambiente; tendencia a replegarse sobre sí mismo; apariencia fría y sin interés.
3. ***Personalidad Explosiva:*** se caracteriza por ser imprevistas; crisis de ira y manifestaciones de agresividad desproporcionada con la causa que la originó y que surgen contra sujetos que normalmente no son agresivos.
4. ***Personalidad Obsesiva:*** característica de personas excesivamente preocupadas de su propia imagen. Su relación con el medio ambiente es tensa, o se muestran aprehensivos y deprimidos. Tienden al aislamiento.
5. ***Personalidad Histérica:*** se caracteriza por inmadurez, histrionismo y poca resistencia a las dificultades de la vida (en el fondo son muy débiles). Las uniones interpersonales son escasas (no quieren a nadie). La autonomía afectiva e intelectual es también escasa. Este tipo de personalidad es muy frecuente y la más estudiada.
6. ***Personalidad Agresiva:*** se distingue por su testarudez e intolerancia hacia cualquier tipo de autoridad ("yo no le paro a nada"). Tiende a subestimar al prójimo y comete errores por omisiones intencionales.

7. ***Personalidad Antisocial:*** se aprecia un comportamiento en conflicto con la sociedad; dureza de ánimo; elevado egoísmo y ausencia de remordimiento; impulsivo y desleal. Está en frecuente conflicto con el medio ambiente.

TICS

Concepto:

Se definen como una serie de movimientos coordinados y repetitivos, que remedan un acto voluntario o habitual y que envuelven a un grupo de músculos en sus relaciones normales. Se trata de contracciones musculares funcionalmente agrupadas, acompañadas de desplazamientos o movimientos que aparecen bruscamente y que se repiten a intervalos irregulares. Pueden hasta cierto límite ser controlados por la voluntad del paciente. Exagerados por las emociones y tensiones; se acompañan de un estado anímico en particular. No tienen una causa explicable; se dice que el problema es emocional y que muchas veces es un hábito.

booksmedicos.org

OBESIDAD

Dr. ¿Ha aumentado de peso?
P. Sí

Dr. ¿Desde hace mucho tiempo?
P. Yo siempre he sido gorda, pero desde mi último embarazo hace dos años, vengo aumentando progresivamente de peso. He hecho numerosas dietas, pero rebajo muy poco, y luego vuelco a engordar

Dr. ¿Cuántos kilos ha aumentado desde su último embarazo hasta ahora?
P. Unos 20 Kg

Dr. ¿Cuánto cree que pesa actualmente?
P. 1.75 Kg

Dr. Cuando se ha sometido a dieta, ¿ha tomado medicina?
P. En una oportunidad tomé Pondinil®, pero la suspendí, porque me daba mucho nerviosismo y taquicardia

Dr. ¿El aumento de peso le produce algún trastorno?
P. Claro que sí, me canso frecuentemente y siento mucho desgano; no me provoca hacer nada

booksmedicos.org

Dr. Cuando ha hecho dieta, ¿cuánto ha perdido de peso?
P. Unos 4 ó 5 Kg

Dr. ¿Por qué cree usted que ha aumentado de peso?
P. Porque debo tener el metabolismo malo y por la glándula tiroides

Dr. ¿Le han estudiado su metabolismo o la tiroides?
P. Sí, aquí tengo los exámenes

Dr. Enséñemelos: T4: 4.0%; T3: 20%; ITL: 0,9%.

Dr. Cuando se realizó estos exámenes, ¿le indicaron algo?
P. Hace seis meses, me indicaron Synthroid®, 0.2mg. al día.

Dr. ¿Lo está tomando todavía?
P. No, lo tomé por un mes

Dr. ¿Por qué no continuó tomándola?
P. Porque no me hacía nada

Dr. ¿Cómo está su apetito?
P. Muy aumentado. Como mucha chuchería (chocolate, refrescos, helados)

PERDIDA DE PESO

Dr. ¿Ha perdido usted de peso?
P. Sí, hace un año

Dr. ¿Por qué perdió peso, qué fue lo que le pasó?
P. Voy a contarle: hace un año me dio un absceso hepático y perdí unos 10 kg. de peso

Dr. ¿Qué sentía cuando le dio el absceso hepático?
P. Mucha fiebre, falta de apetito y tenía dolor en e hígado

Dr. ¿Cómo le realizaron el diagnóstico?
P. Me hicieron un ecosonograma hepático, así es como se llama, ¿no?

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Con Emetia y Metronidazol

Dr. ¿Qué cantidad le administraron?
P. Emetina 10 ampollas y Metronidazol, 3 pastillas cada 8 horas

Dr. ¿Mejoró y volvió a aumentar de peso?
P. Sí, mejoré rápidamente pero el peso lo recuperé al mes

FIEBRE

Dr. ¿Ha presentado usted fiebre?

P. Sí

Dr. ¿Cuándo presentó fiebre?
P. Hace 10 meses, con una infección urinaria

Dr. ¿Cuánto le subió la fiebre, cuánto le duró y cómo se le quitaba?

P. Me subía 39° - 40° , todas las noches y me duraba unas 4 horas; me quitaba con Conmel®

Dr. Además de la fiebre, ¿Qué sintió usted?
P. Tenía dolor para orinar y me dolía aquí (señala región lumbar derecha)

Dr. ¿Cómo le diagnosticaron la infección urinaria?
P. Con examen de orina y cultivo

Dr. ¿Sabe usted qué resultado dio el urocultivo?
P. Sí. Infección por E. Coli, más de 20.000 colonias.

Dr. ¿Cómo lo trataron?
P. Con penicilina, creo que Pentrexil®.

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí, me he repetido el cultivo varias veces y siempre es negativo

TEMBLORES

Dr. ¿Ha presentado temblores?
P. Sí, en las manos

booksmedicos.org

Dr. Cuénteme, ¿cómo presentó el temblor?
P. Hace unos 10 años me dio mucho temblor en las manos. Consulté a un médico y me dijo que padecía de hipertiroidismo y me indicó Tapazol® e Inderal® y mejoré

Dr. Cuando sufrió el hipertiroidismo, además del temblor, ¿qué más tenía?
P. Tenía nerviosismo, palpitaciones y perdí peso

Dr. ¿Y se le brotaron los ojos?
P. Sí, se me brotaron

Dr. ¿Y, el cuello le aumentó de tamaño?
P. Ah sí, me aumentó el cuello

Dr. ¿Recuerda usted cómo le hicieron el diagnóstico?
P. Sí, me hicieron exámenes de sangre y de la tiroides con un aparato que hacía tac, tac, tac

Dr. ¿Cuánto Tapazol® e Inderal® le dieron y por cuánto tiempo?
P. El Tapazol® me dieron primero 9 al día y luego me fueron rebajando la dosis. E Inderal® 40 mg. 3 veces al día. Tomé eso por un año

Dr. ¿Y mejoró?
P. Sí, ahora estoy bien

CIANOSIS

Dr. ¿Se ha puesto alguna vez morado?
P. Sí, cuando me dio el edema pulmonar agudo.

Dr. ¿En qué año?
P. En 2004.

Dr. ¿Recuerda cómo sucedió?
P. Fue de noche; me desperté de repente porque me estaba ahogando y me llevaron a triaje; allí me pusieron oxígeno y una inyección y unos lazos en los brazos y en las piernas.

Dr. ¿Padece usted de algo?
P. Sí, soy hipertenso

Dr. ¿Y no se controlaba la tensión?
Usted sabe cómo es uno, sigue el tratamiento por un tiempo, pero me sentía bien y lo abandoné, y entonces me dio un edema pulmonar agudo

Dr. ¿Y ahora qué toma?
P. Tomo Digoxina, Aldomet® y Lasix®.

Dr. ¿Y la sal?
P. Me prohibieron la sal, pero yo siempre le echo un poco

PIGMENTACIÓN

Dr. ¿Ha tenido manchas en la piel?
P. Sí, hace varios años.

Dr. Cuénteme lo que recuerde de esas manchas.
P. Lo que voy a contar es algo muy largo. En 1964 me dio una úlcera en la boca, me vió un odontólogo y me dijo que tenía cáncer; yo dije hasta aquí llegué, no quise consultar a mas nadie. Perdí mucho peso, llegué a pesar unos 35 kg. Pero como un año después mi esposa me llevó a casa de un médico, el Dr. B.P., que trabajaba aquí en el hospital, me hicieron una biopsia, ¿a que no sabe Ud. qué era?, una paracoccidiomicosis. El Doctor me dijo: te has salvado pero el tratamiento es muy largo, y tomé Lederkin® durante dos años, como a los seis meses presenté unas manchas oscuras en los brazos y en la boca y me realizaron unos exámenes y me salió una falla en la suprarrenal y desde entonces tengo que tomar Cortisona,

Dr. Además de las manchas, ¿qué le dio?
P. ¡Ah! Estuve muy malo, la tensión la tenía baja, el azúcar bajo y una gran debilidad.

booksmedicos.org

Dr. ¿Qué Cortisona toma usted?
P. Primero inyecciones, pero ahora tomo 1 tableta de Cortone® y me siento muy bien.

PRURITO

Dr. ¿Ha tenido picazón?
P. Sí, una vez tuve sarna

Dr. ¿Cuándo?
P. Hace varios años

Dr. ¿Dónde adquirió la sarna?
P. No sé. Creo que en un hotel

Dr. ¿Cómo era la picazón?
P. Terrible, especialmente de noche

Dr. ¿Quién le diagnosticó la sarna?
P. Bueno, fui al médico y me diagnosticó sarna y me mandó Benzoato de Bencilo y mejoré

ALOPECIA

Dr. ¿Se le ha caído el pelo?
P. Sí, yo tengo calvicie

Dr. ¿Desde cuándo?
P. A partir de los 25 años se me empezó a caer el pelo

Dr. ¿Hay otros varones en su familia con calvicie?
P. Mi papá y mi hermano

CEFALEA

Dr. ¿Le duele a usted la cabeza?
P. Sí, yo padezco de jaqueca

Dr. ¿A qué edad le empezó?
P. A los 18 años

Dr. ¿Usted sabe cuándo le va a dar jaqueca?
P. Sí, horas antes veo así como estrellitas

Dr. ¿Dónde le duele la cabeza?
P. La mitad derecha

Dr. ¿Siempre la derecha?
P. No, a veces también la mitad izquierda

Dr. ¿Cómo es el dolor?
P. Muy fuerte, me late

Dr. ¿Cuánto le dura?
P. Si no tomo Cafergot® antes, unas 12 ó 24 horas

Dr. ¿Cómo se le alivia?
P. Con nada

Dr. ¿Hay algo que le aumenta la jaqueca?
P. Sí, el ruido

Dr. ¿Cada cuánto tiempo le da?
P. Una o dos veces al mes

Dr. Además del dolor, ¿le da algo más?
P. Me dan náuseas e irritabilidad

Dr. ¿Le han hecho algún examen?
P. Bueno, de todo. E.E.G., tomografía, radiografías de cráneo; todo es normal

Dr. ¿Cómo es su personalidad?
P. Obsesiva

Dr. ¿Hay otros jaquecosos en la familia?
P. Mi papá

SÍNCOPE

Dr. ¿Ha perdido alguna vez el conocimiento?
P. Sí

booksmedicos.org

Dr. ¿Cuándo y cómo fue eso?

P. Antes de que me pusieran el marcapaso, yo perdí el conocimiento varias veces

Dr. ¿Sabe usted por qué pierde el conocimiento?

P. Según los médicos, porque tengo un bloqueo en el corazón

Dr. ¿Cuántas veces perdió el conocimiento y durante cuánto tiempo?

P. Unas 6 veces, y más o menos 10 segundos de duración

Dr. ¿Cuándo empezó a perder el conocimiento?

P. Eso fue exactamente en 2002

Dr. ¿Había padecido antes del corazón?

P. Sí, unos meses antes me dio un infarto

Dr. Cuando perdió el conocimiento, ¿presentó algún problema?

P. Sí, me golpeé la cabeza varias veces

Dr. ¿Tiene algún tratamiento?

P. No

MAREOS

Dr. ¿Ha presentado mareos?

P. Sí, cuando ando en carro

Dr. ¿Cómo se le quitan?

P. Tengo que tomar Dramamine®.

VISIÓN

Dr. ¿Ve usted bien?

P. No, tengo Presbicia

Dr. ¿Usa lentes?

P. Sí

Dr. Cuando se quita los lentes, ¿cómo ve?

P. De cerca muy mal, pero de lejos muy bien

Dr. ¿Cuándo le empezó la presbicia?

P. A los 40 años

Dr. ¿No ha perdido nunca la vista?

P. No

Dr. ¿No ha visto doble?

P. No

Dr. ¿Se le cansa la vista o le molesta la luz?

P. Cuando no uso los lentes se me cansa la vista, pero la luz no me molesta

Dr. ¿Le lloran los ojos?

P. No

OTALGIA Y OTITIS

Dr. ¿Ha padecido de los oídos?

P. Sí, hace varios años presenté infección en el oído derecho

Dr. ¿Cómo le dio la infección?

P. Fue bruscamente; yo no sé porqué me dio

Dr. ¿Qué fue lo que le dio?

P. Comencé a presentar dolores de oído muy fuerte y luego noté que salía pus; me asusté y consulté un médico quien me mandó unas gotas y antibióticos, no recuerdo cuál; con eso me mejoré

Dr. ¿Le dio fiebre?

P. Sí, muy alta

Dr. ¿De qué color era la supuración?

P. Así como pus

Dr. ¿Oía menos de ese oído?

P. Sí, un poquito menos

booksmedicos.org

Dr. ¿Ahora cómo está el oído?
P. Bien

VÉRTIGOS

Dr. ¿Ha tenido vértigo?
P. Sí, a veces me da vértigo

Dr. ¿Puede contarme cómo y cuándo le dan los vértigos?
P. Yo no sé; a veces me dan

Dr. ¿Cuándo le dio vértigo la última vez?
P. Hace unos seis meses

Dr. ¿Qué estaba haciendo usted cuando le dio el vértigo?
P. Estaba recogiendo algo del suelo y al parame me dio

Dr. ¿Daban vueltas las cosas o usted?
P. Las cosas me daban vueltas

Dr. ¿Cuánto le duró?
P. Unos tres días

Dr. ¿Además del vértigo qué sentía?
P. Sudaba frío, tenía náuseas y no podía estar de pie

Dr. ¿Lo vió algún médico? ¿Qué le diagnosticó y qué le mandó?
P. Me vió el Dr. D.A., me dijo que tenía Síndrome de Mèniere y me mandó Dramamine®

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí

Dr. Cuando tenía el vértigo ¿oía bien?
P. Oía menos y tenía zumbidos en los oídos

EPISTAXIS

Dr. ¿Ha sangrado por la nariz?
P. Sí, cuando era muchacho sangraba por la nariz

Dr. ¿Cuándo sangraba y por qué le daba eso?
P. Yo no sé; sólo si hacía mucho calor sangraba

Dr. ¿Sangraba mucho o poco y cómo se trataba?
P. Sangraba un poco; mi mamá me ponía hielo en la frente y se me quitaba

OBSTRUCCIÓN NASAL

Dr. ¿Se le tapa la nariz?
P. Sí, mucho

Dr. ¿Desde cuándo?
P. Desde que era chiquito

Dr. ¿Cómo se le tapa?
P. Bueno, yo soy muy alérgico al polvo y a la lana, y cuando hay polvo se me tapa la nariz y estornudo mucho

Dr. ¿Le pica la nariz y tiene moquera?
P. Sí, me pica y me da mucha moquera

Dr. ¿Ha consultado por eso algún médico?
P. No, un amigo mío me dijo que el Afrin® era muy bueno y yo me pongo dos gotas en la nariz y se me quita

Dr. ¿De qué color es el moco?
P. Blanco

DIENTES

Dr. ¿Tiene usted todos los dientes?
P. No, me faltan algunos

Dr. ¿Por qué le faltan?
P. Por descuido de uno; tenía caríes y no me las traté y luego tuvieron que sacármelos

Dr. ¿Cuántos dientes le faltan?
P. Me faltan cuatro; dos arriba y dos abajo (señala los molares superiores, un premolar e incisivo inferior).

booksmedicos.org

Dr. ¿No usa puentes?
P. No, son my costosos.

HALITOSIS

Dr. ¿Tiene mal aliento?
P. Sí, a veces tengo en la mañana antes de cepillarme los dientes y cuando tenía caries también

DISNEA

Dr. ¿Ha tenido dificultad para respirar?
P. Sí, a propósito, mi cuñado es médico y él me dijo que dejara de fumar, porque tenía bronquitis crónica y enfisema por el cigarrillo

Dr. ¿Cuánto tiene que caminar para que le falte el aire?
P. Unos cincuenta metros

Dr. ¿Desde cuándo le pasa eso?, ¿fuma usted mucho?
P. Yo diría que desde hace seis meses, me fumaba unos sesenta cigarrillos al día

Dr. ¿Tos y expectoración, tiene?
P. Yo tosía mucho y expectoraba bastante, pero ahora estoy mejor

Dr. ¿Por qué está mejor?
P. Como le decía, mi cuñado es médico, me hizo un examen de los pulmones y me dijo que dejara de fumar y me mandó unas medicinas y ahora estoy mejor

Dr. ¿Qué exámenes le hizo su cuñado y qué le mandó?
P. Me hizo examen de sangre, una radiografía de los pulmones, me sacaron la sangre de las arterias, me midieron el oxígeno y me pusieron a soplar por una boquilla de un aparato que marcaba unas curvas en un papel.

Dr. ¿Recuerda algún valor de esos exámenes?
P. Yo sé que el oxígeno era bajo y en la gráfica las curvas eran planas.

Dr. ¿Qué toma ahora?
P. Tomo Brondecon®, Pentrexil® y hago ejercicios soplando una botella.

RONQUERA

Dr. ¿Ha perdido la voz?
P. Sí, cuando grito mucho; yo soy hípico y cuando me gana un caballo grito mucho y algunas veces me quedo ronco

Dr. ¿Cuánto le dura la ronquera?
P. Unos dos o tres días

Dr. Cuando pierde la voz, ¿Siente alguna otra cosa?
P. No

Dr. ¿Cómo se la trata?
P. Un médico me dijo que hablara poco y que tomara Tan-Tum® y con eso se me quitaba

Dr. ¿Cuántas veces le da ronquera en un año?
P. Un par de veces

HEMOPTISIS

Dr. ¿Ha tenido expectoración con sangre?
P. Sí, hace cuatro años

Dr. Cuénteme eso.

P. Hace cuatro años presenté tos con sangre por unos quince días. Me vieron en el Algodonal; me hicieron todos los exámenes y no me encontraron absolutamente nada.

Dr. ¿Cómo era la tos y la expectoración?
P. Tosía y escupía sangre

booksmedicos.org

Dr. ¿Qué color tenía la sangre?
P. Roja, roja clara

Dr. ¿Tenía burbujas de aire?
P. Sí

Dr. Con lo que escupía en un día ¿Qué hubiera podido llenar?
P. Yo diría que un vaso grande

Dr. Además de la tos y la expectoración, ¿sentía algo más?
P. No, más nada; eso se me fue quitando poco a poco

Dr. ¿Qué exámenes le hicieron en el Algodonal?
P. De sangre, de esputo, lavado bronquial, broncoscopia y todo fue normal

DOLOR PLEURÍTICO

Dr. ¿Ha tenido Pleuritis o dolor en la Pleura?
P. En 1910 tuve una Pleuritis seca derecha y me mandaron dieta, pero cada día estaba peor, entonces yo empecé a comer y me curé

Dr. Cuando le dio esa Pleuritis, ¿qué sentía?
P. Sólo recuerdo que tenía mucho dolor al respirar, tenía fiebre que me duró unos dos meses y perdí mucho peso

Dr. ¿No sabe qué le diagnosticaron?
P. Para que vea, hace dos años yo supe lo que tenía cuando era niña. Le voy a contar. Hace dos años tuve un problema en este ojo (ojo derecho) y me vieron en oftalmología porque pensaban que la cicatriz era por hongos; me mandaron a medicina y aquí me hicieron todos los exámenes y el Dr. Me dijo que tenía una mancha en los pulmones y como el PPD fue muy positivo, me salió una úlcera aquí en el brazo. Entonces el médico dijo que yo había padecido de Pleuritis Tuberculosa y como

el PPD era muy positivo me mandaron Hidracida por seis meses.

Dr. ¿Y qué pasó con la cicatriz en el ojo?
P. Mejoró

DISNEA CARDÍACA

Descrita en Cianosis. Ver Cianosis.

DOLOR TORÁCICO

Ver enfermedad actual.

EDEMA CARDÍACO

Ver edema.

PALPITACIONES

Dr. ¿Ha tenido palpitaciones?
P. A mi me dan muchas palpitaciones

Dr. ¿Puede explicarme eso?
P. Fue hace un año. De repente comencé a sentirme muy mal, débil, y fui a una farmacia para que me tomaran la tensión, El farmacéutico me la tomó y me dijo que tenía la tensión muy baja y el pulso muy malo; me aconsejó que viera un médico. Un amigo me llevó a su médico, quien me hizo un electro y me dijo que tenía que hospitalizarme porque tenía una Fibrilación Auricular; me hospitalizó y me puso una ampolla en la vena y a los quince minutos ya estaba bien; desde entonces me controlo cada mes pero estoy muy bien

Dr. ¿Qué era lo que sentía usted cuando fue a la farmacia a medirse la tensión?

booksmedicos.org

P. Tenía mucha debilidad, mareos y muchas palpitaciones fuertes y rápidas, como si mi corazón estuviera loco

Dr. ¿Después que mejoró, le mandaron algo?
P. Sí, tomo Digoxina y Quinidex®, con lo que me va muy bien

Dr. ¿El electro ahora es normal?
P. Sí, normal

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Dr. ¿Tiene dolor en las piernas cuando camina?
P. Sí

Dr. ¿Dónde?
P. Aquí, en las pantorrillas y en las nalgas

Dr. ¿Cuánto debe caminar para que le aparezca el dolor?
P. Si camino rápido, unos cincuenta metros; poco a poco, puedo caminar varias cuadras

Dr. ¿Cómo es el dolor que le da?
P. Es como un calambre

Dr. ¿Se le ponen las piernas frías o siente frío en las piernas?
P. Sí, tengo que usar medias de lana

Dr. Y el sexo, ¿cómo está?
P. Muy mal, desde que me enfermé muy mal

Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo?
P. Desde hace cuatro años

Dr. ¿Usted cree que las piernas se le han puesto más delgadas?
P. Sí, muy delgadas. Yo antes las tenía muy gordas y se me ha caído el pelo

Dr. ¿Sabe usted lo que tiene?
P. Sí, tengo una trombosis en la aorta según mi médico

Dr. ¿Qué medicación tiene?
P. tomo Iridus®, Atromid®, Aldomet® y como sin sal

Dr. ¿Cómo se siente ahora?
P. Un poquito mejor

Dr. ¿Tiene usted tensión alta?
P. Sí, por eso tomo Aldomet®

Dr. ¿Y el colesterol?
P. También lo tengo alto

DOLOR ABDOMINAL

Dr. ¿Ha presentado alguna vez dolor de estómago?
P. Bueno, lo presenté en 1996

Dr. ¿Puede contarme todo lo que recuerde de ese dolor?
P. En el mes de febrero de 1996, presenté dolor muy fuerte aquí en el hígado; mi hija llamó a un médico, quien me inyectó una Buscapina® en la vena. Después me hizo un examen de vesícula, pero me salió bien. Pero a los quince días, me volvió el dolor; consulté otra vez al médico y me hizo una calculografía, creo que así es como se llama. Entonces si fue positiva, tenía muchos cálculos en la vesícula y me operé; en la operación me sacaron la vesícula y tenía 19 cálculos muy pequeños

Dr. Cuando le dio el dolor, ¿usted había hecho algo o comido algo?
P. Sí, había tomado una taza de chocolate

Dr. ¿Cómo era el dolor y cuánto le duró?
P. El dolor era muy fuerte; el médico dijo que era un cólico hepático y me duro unas 2 horas; se me quitó con la Buscapina®.

Dr. ¿Hacia dónde se le corría el dolor?
P. No recuerdo bien

booksmedicos.org

Dr. Además del dolor, ¿qué sintió?
P. Mucho sudor y me dio vómitos

Dr. ¿Cómo era el vómito: amargo, ácido o tenía alimentos?
P. No recuerdo

Dr. ¿Después de la operación presentó algo?
P. No, pero desde que me operaron no puedo comer grasas ni cochino

Dr. ¿Recuerda cómo le hicieron los exámenes?
P. Sí, la primera vez tomé en la noche 12 tabletas, no recuerdo el nombre; y para la calculografía, tomé varias pastillas por varios días. Recuerdo que después, comí unos huevos con leche y mantequilla

APETITO

Dr. ¿Cómo está su apetito: normal, aumentado o disminuido?
P. Yo diría que aumentado, como mucho

Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene el apetito aumentado?
P. Desde mi último embarazo; me provoca comer dulces y tomar muchos refrescos

Dr. ¿Cuándo fue su último embarazo?
P. Hace 4 años

Dr. Con el aumento del apetito, ¿siente algo más?
P. Sí, siento un vacío en el estómago y me duele la cabeza

Dr. ¿A qué atribuye usted este aumento de apetito?
P. A los nervios, yo soy muy nerviosa y me provoca comer

Dr. ¿Ha aumentado de peso?
P. Sí, mucho; calculo que unos 20 kilos

AEROFAGIA Y ERUCTO

Dr. ¿Bota usted muchos gases por la boca?
P. Sí, cuando como caraotas o tomo refrescos, y también si como mucho

Dr. ¿Cuánto tiempo después de comer tiene gases?
P. A la media hora

Dr. ¿Le producen algo los gases?
P. Sí, me siento con el estómago lleno y esto me angustia mucho

Dr. ¿Ha consultado por eso? ¿Qué le han diagnosticado?
P. Me hicieron radiografía de estómago y no me encontraron nada; me mandaron Enzicon®. Con esto he mejorado

HIPO

Dr. ¿Ha tenido Hipo?
P. Sí, a veces me da cuando me asusto

Dr. ¿Cómo se le quita?
P. Tomo agua fría

Dr. ¿Cuántas veces le da hipo en una semana o en un mes?
P. No, muy raras veces

REGURGITACIÓN

La mayoría de los pacientes lo confunden con vómitos.

PIROSIS

Dr. ¿Le da acidez?
P. Sí

booksmedicos.org

Dr. ¿Cuándo?

P. A mi me da acidez pocas veces, casi siempre cuando como en restaurantes, porque tomo varios tipos de bebidas. Cuando como fuera tomo primero carpano®, luego vino y Whisky, y al final tomo sambuca® y en la madrugada me da una acidez, que me sube hasta la garganta; a veces tengo que vomitar para que se me quite. A veces en cambio tomo antiácido como Gelfos® o Mucaine®

Dr. ¿Solamente le da acidez cuando come fuera?

P. Sí, porque es la única vez que mezclo bebidas; generalmente es porque me invitan a cenar

Dr. ¿Cuándo vomitas, cómo vomitas y cómo es el vómito?

P. Yo vomito porque me pongo los dedos en la garganta y el vómito es muy ácido y tiene alimentos

Dr. ¿Cuántas veces le da en un año?

P. Unas 4 ó 5 veces, a mi no me gusta comer fuera por eso

Dr. Con la acidez y el vómito ¿Siente algo más?

P. Cuando tengo acidez, tengo además ardor de estómago, y cuando vomito mejoro. A veces me arde después de vomitar, la garganta y la nariz y se me escapan las lágrimas

Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo le pasa esto?

P. Desde que mejoró mi condición económica hace unos 10 años, antes era muy pobre y no comía fuera

VÓMITO

Descrito en Pirosis.

HECES

Dr. ¿Cada cuánto tiempo hace usted su evacuación intestinal?

P. Todos los días, una vez, en la mañana

Dr. ¿Sus heces son duras, blandas o líquidas?, ¿Qué color y olor tienen?

P. Es duro, el color es como cobre y el olor, bueno, es normal

Dr. ¿Ha tenido alguna vez variaciones en sus heces, y si las ha tenido, cómo era?

P. Hace 4 años tuve diarrea, era líquida, muy líquida; hacía evacuaciones unas 10 veces al día y muy fétido

Dr. ¿Cómo le dio esa diarrea?

P. Me dio después que comí unos perros calientes, yo creo que estaban malos. Esa diarrea me duró unos dos días y se me quitó con Kaopectate®

Dr. ¿Además de la diarrea, tuvo algo más?

P. Sí, como no; me daban cólicos y tuve siempre ganas de evacuar

NÁUSEAS

Dr. ¿Sufre usted de náuseas?

P. Ahora no, pero hace un mes, tenía muchas náuseas. Me empezó después de un mes de estar embarazada; casi todos los alimentos me daban náuseas, pero cuando cumplí tres meses se me quitaron

Dr. ¿Cuántos meses tiene ahora y cuántos embarazos ha tenido?

P. Ahora tengo cuatro meses y es la primera vez que salgo embarazada

Dr. Además de las náuseas, ¿siente algo más? ¿tiene vómitos?

P. No, vómitos no me dieron, pero sí dejé de fumar; ahora le tengo mucha repugnancia al cigarrillo.

booksmedicos.org

Dr. ¿Tomó algo para las náuseas?
P. Sí, tomé Merbental®. Con eso mejoraba algo

CONSTIPACIÓN

Dr. ¿Es usted estreñido o estítico?
P. Sí
Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo y cada cuántos días pasa usted sin evacuar?
P. Desde hace unos 5 años, paso 6 ó 7 días sin evacuar
Dr. ¿Cómo son sus evacuaciones?
P. Muy duras
Dr. ¿Ha consultado por eso y qué le han mandado?
P. Consulté un Médico general y me mandó ciruelas pasas, jugo de tamarindo; pero que va, con eso no mejoré, tengo que tomar Agarol® o Dulcolan® para evacuar
Dr. Cuando pasa muchísimos días sin evacuar, ¿Qué siente?
P. Tengo la boca amarga, y muchos gases por el recto y muy fétidos, me siento muy lleno y se me infla la barriga

DIARREA

Descrita con las heces.

DISENTERÍA

Dr. ¿Ha tenido diarrea con moco y sangre?
P. Sí, hace varios años en Cumaná, presenté disentería y tenía diarrea con moco y sangre
Dr. ¿Cuánto le duró?
P. Varios días
Dr. ¿Cómo le trataron?
P. Con Emetina y después con Metronidazol®

Dr. ¿Mejoró?
P. Sí
Dr. ¿Además de la diarrea, que tenía?
P. Muchos retorcijones de tripas

GÉNITO – URINARIO

Dr. ¿Ha tenido dolor en los riñones?
P. Sí, a mi me han dado cuatro cólicos nefríticos
Dr. ¿Puede decirme cuándo le han dado los cólicos nefríticos?
P. Uno en 1991, dos en 1992 y el último en 1993
Dr. ¿Puede contarme cómo fue el último?
P. Yo estaba durmiendo cuando me despertó un dolor aquí en el riñón izquierdo, muy fuerte, era tan fuerte, que me retorcía en el suelo; me llevaron a una clínica y me inyectaron creo que Demerol®, con eso medio se me alivió. Entonces me hicieron una Urografía, allí estaba el cálculo. El Doctor me dijo: Te voy a poner este tratamiento, si no lo botas, te voy a tener que operar, pero gracias a Dios lo boté
Dr. ¿Recuerda qué tratamiento le puso y si el cálculo lo estudiaron?
P. El tratamiento fue con Baralcina®, Pentrexil® y a tomar mucha agua, y además, a orinar por una gasa. Así fue como agarré el cálculo; pero el que me estudiaron fue el segundo, era de oxalato de calcio
Dr. En las cuatro veces, ¿Siempre ha botado el cálculo?
P. Sí, pero el primero y el tercero, no los pude agarrar, se me perdieron en el baño
Dr. ¿Con los cálculos ha botado sangre o se le ha infectado la orina?
P. Sí, siempre la orina se ponía rojiza y siempre me trataron con antibióticos

booksmedicos.org

Dr. ¿Le han mandado otro tipo de tratamiento?
P. Sí, me mandaron una dieta pobre en calcio, pero yo no lo hago, y a tomar, mínimo 4 vasos de agua al día

Dr. ¿El dolor siempre ha sido al lado izquierdo?
P. Sí, siempre al lado izquierdo

Dr. ¿En la urografía apareció algo anormal?
P. El Doctor dice que tengo una estrechez en el uréter izquierdo y que sería bueno operarme, pero yo no quiero operarme

ENURESIS

Dr. ¿Se orina su hijo en la cama de noche?
Madre: Sí, Doctor, esto sí que es un problema, tiene 12 años y todas las noches se orina en la cama

Dr. ¿Se ha estudiado eso?

Madre: Usted no sabe lo que he gastado en plata. Se le han hecho todos los exámenes y el Doctor me dice que todo es normal, que es porque es muy mimado y que cuando se desarrolle se le quita; vamos a ver si es verdad

HEMATURIA

Dr. ¿Ha orinado sangre?
P. Sí, con los cálculos

Dr. ¿Cómo era la orina, con coágulos o sin coágulos, y qué color tenía?
No, sin coágulos y su color era así como lavado de carne, así como el agua cuando se lava la carne, un rosado pálido

Dr. ¿Cuántos días le duró la orina con sangre?
P. Un par de días, luego se aclaró la orina

INCONTINENCIA URINARIA

Dr. ¿Se le sale a veces la orina?
P. Sí, cuando hago un esfuerzo o cuando me pongo a reír.

Dr. ¿Desde cuándo?
P. Desde hace 8 años

Dr. ¿Sabe por qué se le sale la orina?
P. Yo consulté por eso y me dijeron que tengo un prolapso por los partos, pero yo no quiero operarme

Dr. ¿Se le sale mucha orina?
P. No, un chorrito

MICCIONES

Dr. ¿Cuántas veces orina usted de noche y de día?
P. De día unas cuatro veces y de noche a veces, cuando tomo mucho líquido, (cerveza) orino 1 ó 2 veces

Dr. Si usted recogiera la orina, ¿Cuántas botellas de un litro podría llenar, y qué color y olor tiene su orina?
P. Hace unos meses me hicieron un examen de orina y recogí unos 2 litros. El color es amarillo claro y huele a orina

Dr. ¿Nunca ha notado mucha cantidad o la orina ha cambiado de color, o se ha puesto oscura como coca-cola o rojiza con mal olor o se ha puesto turbia?
P. Cuando tuve la infección urinaria, orinaba muchas veces, pero poca cantidad y la orina era muy amarilla y sucia, y el olor era muy fuerte, como de amoníaco

Dr. ¿Cuándo fue que tuvo la infección urinaria y cómo lo trataron?
P. Fue hace seis meses, tuve mucha fiebre y me la trataron con Bactrimel.

Dr. ¿Se curó?
P. Creo que sí.

booksmedicos.org

GINECOLÓGICO

Dr. ¿A qué edad se desarrolló usted?
P. A los 11 años

Dr. ¿Cómo fueron sus primeras menstruaciones?
P. Muy irregulares

Dr. ¿Cada cuánto tiempo le viene y cuánto le dura?
P. Me viene cada 30 días, a veces me faltaba por 2 meses y después volvían normales por 2 meses más y así, siempre me duraban 4 días

Dr. ¿La cantidad era escasa, normal o abundante?
P. Era variable, a veces escasa, a veces normales

Dr. ¿Cuánto tiempo después de su primera menstruación, se le regularon?
P. Un año después

Dr. ¿Tiene dolor con la menstruación?
P. Sí, siempre me dan con dolor, el primer día

Dr. Actualmente, ¿cada cuánto tiempo le viene y cuánto le dura?
P. Ahora me viene cada 28 días y me dura 4 ó 5 días

Dr. ¿Abundante, escasa o normal?, ¿Le sigue viniendo con dolor? ¿Cuándo fue su última menstruación?
P. Diría que normal, siempre tengo dolor el primer día
Mi última menstruación fue el 28-05-09

FRIGIDEZ

Dr. ¿Cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales?
P. Normal, unas dos o tres veces

Dr. ¿Se satisface usted siempre?
P. Muy raras veces

Dr. ¿Por qué?
P. Mi esposo no me excita mucho y yo no siento casi nada

booksmedicos.org

Dr. ¿Pero a usted le provoca tener relaciones sexuales?
P. Sí, a mi me provoca pero casi nunca me satisfago

Dr. ¿Cuándo fue su primera relación sexual?
P. Cuando me casé, hace dos años

MENOPAUSIA

Dr. ¿Cuándo fue su última menstruación?
P. Hace un año

Dr. ¿Qué siente usted después que se le fue la menstruación?
P. Tengo la menopausia, siento oleadas de calor, nerviosismo, todo me molesta

Dr. ¿Toma algo para eso?
P. Sí, tomo Valium® de 5 mg

Dr. ¿Se mejora con eso?
P. Sí, un poco

ANEMIA

Dr. ¿Ha padecido usted de anemia?
P. Le voy a contar: hace un año, yo tenía una anemia porque estaba embarazada y perdí el embarazo; pero empecé a sangrar, primero poco y después mucho; me puse muy débil; me trajeron a este hospital, ya casi no veía, tuve mucha debilidad; tenía un sudor en la frente y las manos heladas; cuando llegué aquí, me pusieron sangre y me hicieron un curetaje

Dr. ¿Cuántas bolsas de sangre le pusieron?
P. No recuerdo muy bien, pero creo que 3 ó 4

Dr. Después que salió ¿qué le mandaron?
P. Me mandaron Iberol® por un mes.

PÚRPURA

Dr. ¿Usted sangra con facilidad?
P. Sí, me salen estos moretones en el cuerpo (equimosis)
Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo?
P. Desde que tomo la cortisona, hace 6 años
Dr. ¿Por qué toma usted la Cortisona?
P. Porque tengo artritis y eso es lo que me mejora los dolores
Dr. ¿Qué cortisona toma y cuánto al día?
P. Tomo Merticorten®, 2 tabletas de 5 mg. al día
Dr. ¿Solamente le aparecen esos moretones en la piel o sangra por alguna parte?
P. Si me corto sangro mucho, pero con cualquier golpecito me salen esos moretones, especialmente en los brazos

AGRANULOSITOSIS

Dr. ¿Padece usted de infecciones?
P. Yo soy paciente de este hospital y he estado varias veces hospitalizado por una enfermedad llamada Agranulocitosis periódica, y cuando me bajan los glóbulos blancos, siempre me da una infección; pero lo más grave fue hace 4 años. En esa fecha me hicieron un tratamiento de conducto en este diente se me infectó, y me compliqué con bronconeumonía; estuve gravísima
Dr. ¿A cuánto le llegaron los glóbulos bancos y cómo le trataron?
P. Los glóbulos bancos me bajaron muchísimo, creo que hasta 200, estuve en el cuarto 113 y me trataron con antibióticos. Nadie podía entrar en mi cuarto; no recibía visitas
Dr. ¿Qué otra cosa le dio?

P. A mi me dio un absceso en el recto y fíjese que aquí en la encía, no se me ha curado todavía
Dr. Y ahora, ¿cómo tiene los blancos y qué toma?
P. No tomo nada, y en mi último control, los tenía en 3.500

CONVULSIONES

Dr. ¿Ha tenido convulsiones?
P. Sí, yo soy epiléptico
Dr. ¿Desde hace cuánto tiempo y qué toma?
P. A me dio el primer ataque a los doce años y tomo Fenobarbital y Epamin®
Dr. ¿Cuánto toma de Fenobarbital y Epamin®?
P. Fenobarbital uno de 100 mg. en la noche, y de Epamin® 1 cada 8 horas
Dr. ¿Cómo le diagnosticaron la epilepsia?
P. Me hicieron un E.E.G
Dr. ¿Sabe usted cuándo le va a dar el ataque?
P. Sí, porque empiezo a masticar y momentos después me da el ataque
Dr. ¿Le han dicho como le da el ataque?
P. Mi mamá me dice que pego un grito, luego me estiro y después vienen los temblores
Dr. ¿Se muerde la lengua, se orina y se hace pupú?
P. A veces me muerdo la lengua, cuando no me ponen un pañuelo en la boca; me orino y me hago pupú
Dr. ¿Cuándo fue su último ataque?
P. Hace unos 4 años
Dr. ¿Se ha golpeado?
P. Sí, varias veces, por eso tengo cicatrices en la frente
Dr. ¿Cuánto tiempo queda inconsciente con los ataques?
P. Unos 3 minutos

booksmedicos.org

PARÁLISIS

Dr. ¿Ha tenido parálisis?
P. Sí, tuve una parálisis facial hace 4 años

Dr. ¿Cómo le dio la parálisis?
P. Fue después de una gripe; se me paralizó la mitad de la cara y no podía cerrar el ojo derecho

Dr. ¿Quién lo vio?
P. Me vieron en otorrino y me diagnosticaron parálisis de Bell

Dr. ¿Qué le mandaron?
P. Me mandaron complejo B y me dijeron que eso se me quitaba solo

Dr. ¿Cuánto tiempo le duró?
P. Unos 2 meses, después se me quitó

PERSONALIDAD

Dr. ¿Cómo es su personalidad?
P. Yo soy muy obsesivo, me gusta cumplir y me gusta tener todo en orden

Dr. ¿Cómo trata usted a los demás?
P. A mis empleados, si no cumplen los boto, a mi familia me les pongo bravo y hasta les pego

REDACCIÓN

Obesidad

Aumento de 20 kg. de peso desde hace dos años, después de su último embarazo; ha recibido tratamiento con dieta y Pondinil®, el cual suspendió por taquicardia y nerviosismo. . Hace 6 meses le realizaron la exploración tiroidea con los siguientes valores: T4= 4,0%, T3= 20%, ITL=0,9% y le indicaron Synthorid®, 0,2 mgs. Al día; lo suspendió por

un mes por no tener mejoría. Tiene mucho apetito e ingiere mucho chocolate, dulces y refrescos

Pérdida de Peso

Hace un año, pérdida de 10 kg. de peso, acompañado de fiebre, anorexia y dolor en hipocondrio derecho; se le practicó ecosonograma hepático y le diagnosticaron absceso hepático amibiano y le indicaron Emetina, 10 ampollas y Flegyl®, 3 tabletas al día, con mejoría

Fiebre

Hace 10 meses, fiebre de 39° - 40° diaria, con disuria y dolor lumbar derecho. Le practicaron examen de orina y urocultivo encontrándose E. Coli, tratado con Pentrexil®, con aparente curación, ya que cultivos repetidos han sido negativos.

Temblores

Temblor en las manos con taquicardia, nerviosismo y palpitaciones, pérdida de peso y exoftalmos hace 10 años. Le diagnosticaron hipertiroidismo y le indicaron Tapazol®, 9 tabletas al día e Inderal®, 3 al día, durante un año, con mejoría.

booksmedicos.org

Cianosis

Cianosis en 2004; cuando suspendió tratamiento hipotensor presentó edema agudo pulmonar y fue tratado en triaje con oxigeno, inyección y sangría blanca, con mejoría. Actualmente en tratamiento con Aldomet®, Digoxina, Lasix® y dieta sin sal que cumple parcialmente.

Pigmentación

Pigmentación oscura en la piel y mucosas, con hipotensión, hipoglicemia y debilidad; en 1993 le diagnosticaron Paracoccidiomicosis; tratado con Lederkin®. A los seis meses, le diagnosticaron enfermedad de Addison y desde entonces toma esteroides. Actualmente Cortone®, una tableta diaria y se encuentra asintomático.

Prurito

Prurito hace varios años, de predominio nocturno; le diagnosticaron sarna y le indicaron Benzoato de Bencilo, con mejoría.

Cefalea

Desde los 18 años, Cefalea precedida de escotomas; localizada generalmente en el hemicráneo derecho, de fuerte intensidad, pulsátil, de 12 a 24 horas de duración con una o dos crisis mensuales, sin atenuante y exacerbándose con ruidos. Mejoría con el Cafertgot®, EEG, Rayos X de cráneo y cintigrama cerebral normal. Personalidad del paciente, obsesiva.

Síncope

En 2002, presentó infarto del miocardio y un mes después, síncope, varias veces de 10 seg. de duración, bloqueo cardíaco, que cedieron con la implantación del marcapasos.

Mareos

Mareos de locomoción, al montar en carro, que ceden con Dramamine®.

Visión

Presbicia desde los 40 años corregido; usa lentes; cansancio ocular, cuando no usa los anteojos.

Otitis

Hace varios años presentó Otitis derecha con dolor, otorrea purulenta, fiebre e hipoacusia; consulta facultativa, quien le indicó gotas y antibióticos, con mejoría.

Vértigos

Hace seis meses vértigos objetivos, que aparecieron bruscamente al ponerse de pie; con sudoración, náuseas e incapacidad para mantenerse de pie, así como hipoacusia y zumbidos en los oídos. Le diagnosticaron Síndrome de Menier y le indicaron Dramamine®, con mejoría.

Epístaxis

En la infancia, cuando hacía calor; cedía con hielo en la región frontal.

Obstruccion Nasal

Desde la infancia, con exposición al polvo y lana; con estornudos, prurito y rinorrea, que mejora con Afrin®.

Dientes

Endéntula parcial: dos molares superiores, un premolar y un incisivo inferior, por caries.

booksmedicos.org

Cianosis

Cianosis en 2004; cuando suspendió tratamiento hipotensor presentó edema agudo pulmonar y fue tratado en triaje con oxigeno, inyección y sangría blanca, con mejoría. Actualmente en tratamiento con Aldomet®, Digoxina, Lasix® y dieta sin sal que cumple parcialmente.

Pigmentación

Pigmentación oscura en la piel y mucosas, con hipotensión, hipoglicemia y debilidad; en 1993 le diagnosticaron Paracoccidiomicosis; tratado con Lederkin®. A los seis meses, le diagnosticaron enfermedad de Addison y desde entonces toma esteroides. Actualmente Cortone®, una tableta diaria y se encuentra asintomático.

Prurito

Prurito hace varios años, de predominio nocturno; le diagnosticaron sarna y le indicaron Benzoato de Bencilo, con mejoría.

Cefalea

Desde los 18 años, Cefalea precedida de escotomas; localizada generalmente en el hemicráneo derecho, de fuerte intensidad, pulsátil, de 12 a 24 horas de duración con una o dos crisis mensuales, sin atenuante y exacerbándose con ruidos. Mejoría con el Cafertgot®, EEG, Rayos X de cráneo y cintigrama cerebral normal. Personalidad del paciente, obsesiva.

Síncope

En 2002, presentó infarto del miocardio y un mes después, síncope, varias veces de 10 seg. de duración, bloqueo cardíaco, que cedieron con la implantación del marcapasos.

Mareos

Mareos de locomoción, al montar en carro, que ceden con Dramamine®.

Visión

Presbicia desde los 40 años corregido; usa lentes; cansancio ocular, cuando no usa los anteojos.

Otitis

Hace varios años presentó Otitis derecha con dolor, otorrea purulenta, fiebre e hipoacusia; consulta facultativa, quien le indicó gotas y antibióticos, con mejoría.

Vértigos

Hace seis meses vértigos objetivos, que aparecieron bruscamente al ponerse de pie; con sudoración, náuseas e incapacidad para mantenerse de pie, así como hipoacusia y zumbidos en los oídos. Le diagnosticaron Síndrome de Menier y le indicaron Dramamine®, con mejoría.

Epístaxis

En la infancia, cuando hacía calor; cedía con hielo en la región frontal.

Obstruccion Nasal

Desde la infancia, con exposición al polvo y lana; con estornudos, prurito y rinorrea, que mejora con Afrin®.

Dientes

Endéntula parcial: dos molares superiores, un premolar y un incisivo inferior, por caries.

booksmedicos.org

Halitosis

Matutina, antes de cepillarse los dientes.

Disfagia

Cada dos o tres años. Con amigdalitis; más a sólidos que a líquidos.

Disnea

A pequeños esfuerzos desde hace seis meses; se le diagnosticó bronquitis crónica y enfisema pulmonar. Le realizaron exploración de gases arteriales, con hipoxia y espirometría aparentemente alterada y le indicaron Brondecon®, Pentrexil® y ejercicios respiratorios; con mejoría.

Ronquera

Dos veces al año, por mal uso de la vos; cede con reposo de la fonación y Tan-Tum®.

Emoptisis

Tos con expectoración hemoptoica hace 4 años, más o menos 250 cc. Diarios, por quince días, sin otras manifestaciones clínicas. Fue estudiado en el Algodonal, con exámenes de esputo, broncoscopia, lavado bronquial y radiografía de tórax, aparentemente normal. Asintomático desde entonces.

Dolor Pleurítico

En la infancia, con dolor, fiebre y pérdida de peso por dos meses. Hace dos años le encontraron lesión retiniana derecha, con PPD positivo y lesión aparentemente residual en hemitorax derecho. Fue tratada con Hidracida por seis meses; con mejoría.

Disnea Cardíaca

Descrita en Cianosis.

Dolor Torácico

Descrito en enfermedad actual.

Edema Cardíaco

Descrito en edema.

Palpitaciones

Hace un año presentó Fibrilación Auricular, con mareos, debilidad, hipotensión y palpitaciones fuertes y rápidas. Fue hospitalizado y le administraron medicación que no precisa, mejorando en quince minutos. Desde entonces, se controla con Digoxina y Quinidex®, con evaluaciones mensuales y se encuentra asintomático.

Claudicación Intermitente

Desde hace 4 años, con dolor en la pantorrilla y glúteos, tipo calambre, al caminar cincuenta metros. Le diagnosticaron Síndrome de Leriche, hipertensión e hiperlipemia y está controlado con Atromid®, Aldomet®, Iridus® y dieta hiposódica.

Dolor Abdominal

En 1996 presentó cólico hepático de 2 horas de duración, con sudación y vómitos (no especifica tipos), que cedió con Buscapina® endovenosa. Le practicaron Colecistografía oral y luego Calculografía, evidenciándose Litiasis Vesicular. Fue intervenido y desde entonces no tolera grasas ni cochino.

Apetito

Hiperpirexia desde hace 4 años, después de su último embarazo, que atribuye a nerviosismo; concomitantemente, aumento de 20 kg. de peso.

booksmedicos.org

Aerofagia y Eructo

Aerofagia y eructo después de ingerir caraotas, bebidas gaseosas y abundantes alimentos; concomitantemente llenura postprandial. Le realizaron RX de vías digestivas que fueron normales y le indicaron Enzicon® con mejoría.

Hipo

Hipo ocasionalmente desencadenado por miedo y cede con agua fría.

Pirosis

Pirosis desde hace 10 años, después de mejorar su condición económica; 4 ó 5 veces al año, cuando come fuera, con mezcla de varias bebidas alcohólicas; concomitantemente ardor en epigastrio y vómito ácido y alimentario, que mejora al provocar el vómito o ingiriendo Gelfos® o Mucaine®.

Heces

Evacuación una vez al día, con heces bien formadas; de color y olor sui generis. Hace 4 años presentó diarrea después de comer perros caliente, aparentemente alterados, con 10 evacuaciones diarias líquidas y malolientes por 48 horas; concomitantemente tenesmo rectal. La diarrea mejoró con Kaopectate®.

Nauseas

Náuseas desde hace 4 meses, con motivo de su primer embarazo, desencadenado por olor de alimentos y que mejoraron con Merbental®.

Constipación

Desde hace 5 años evacuaciones cada 6 ó 7 días, con heces duras; concomitantemente meteorismo, boca amarga,

distensión abdominal y expulsión de gases por el recto mal emolientes. Mejora con ingestión de Agarol®, o Dulcolan®.

Disentería

Disentería amibiana hace 4 años; con evacuaciones con moco y sangre por varios días, con cólicos abdominales. Fue tratado con Emetina y Metrodinozol®, con mejoría.

Génito Urinario

Dolor en fosa lumbar izquierda en 2003 y 2005, por litiasis renal de oxalato de calcio, con hematuria y probables infecciones urinarias. Tratada con dieta pobre en calcio, Baralcina®, Pentrexil® y aumento de la diuresis. En 2005, se le practicó urografía de eliminación, apreciándose estenosis de uréter; le sugirieron intervención quirúrgica pero el paciente no aceptó.

Enuresis

Estudiado desde el punto de vista urológico, con estudios normales.

Hematuria

Hematuria con litiasis renal de 2 días de duración; sin coágulos y de color rosado pálido.

Incontinencia Urinaria

Incontinencia urinaria desde los 8 años. Fue evaluada y se le diagnosticó prolapso uterino. No ha querido someterse a corrección quirúrgica.

Micciones

Micciones, 4 diurnas, con nicturia ocasional 1 ó 2 veces con ingestión de cerveza. Diuresis de más o menos 2 litros al día,

booksmedicos.org

de color amarillo claro, olor sui generis. Hace seis meses presentó infección urinaria con poliaquiuria, orina amarilla oscura y olor acre y turbia; fue tratado Bactrinel con mejoría.

Ginecológicos

Menarquía a los 11 años, con ciclos de Eumenorrea. Alternando con oligomenorrea y menalgia el primer día por un año. Actualmente ciclos de 28 días, con 4 ó 5 días de duración, cantidad normal, y menalgia el primer día. Última menstruación 28-05-09.

Frigidez

Relaciones sexuales desde hace dos años, después de su matrimonio. Con frecuencia de 2 a 3 veces por semana. Lívido normal, con orgasmo ocasional que atribuye a falta de excitación marital.

Menopausia

Menopáusica desde hace 1 año, con oleadas de calor y nerviosismo. Toma Valium® de 5 mg.; con mejoría parcial.

Anemia

Anemia hace 1 año, por aborto hemorrágico, con debilidad, sudación; tratada con transfusiones de sangre y curetaje y luego Iberol® por 1 mes, con mejoría.

Púrpura

Púrpura con equimosis y sangramiento; con leves traumatismos desde hace 6 años, especialmente en miembros superiores. Toma Meticorten®, 10 mg. al día por artritis reumatoidea.

Agranulocitosis

Agranulocitosis periódica con infecciones. La más importante hace 4 años, con tratamiento de conducto, con absceso

gingival, bronconeumonía y absceso rectal; tratada con aislamiento y antibiótico-terapia. Último contaje 3.500 glóbulos blancos. No recibe tratamiento.

Convulsiones

Convulsiones desde los 12 años de edad con aura (masticar), seguido de convulsiones tónicas y luego clónicas y pérdida de la conciencia por 3 minutos; con mordedura de lengua, traumatismos frontales y relajación de esfínteres. Se le practicó E.E.G. y es controlado con Fenobarbital, 100 mg. al día y Epamin, 3 al día. Última crisis, hace 4 años.

Parálisis

Parálisis facial derecha, después de estado gripal. Fue evaluado con Otorrinolaringología y le indicaron complejo B, con curación en 2 meses.

Personalidad

Personalidad obsesiva, con puntualidad y crisis de rabia y de agresividad.

booksmedicos.org

Guía para el Interrogatorio del Examen Funcional de Sistemas y Aparatos

Dado un paciente, interrogue y redacte adecuadamente lo siguiente:

OBESIDAD

1. **En caso de positividad, precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Cuantifique el aumento de peso
   d) Manifestaciones clínicas relacionadas con la enfermedad
   e) Tratamiento recibido
   f) Evolución.

PÉRDIDA DE PESO

1. **En caso de positividad, precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Cuantifique la pérdida de peso
   d) Manifestaciones clínicas relacionadas con la pérdida de peso.
   e) Tratamiento recibido
   f) Evolución.

booksmedicos.org

FIEBRE

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Cuantificación de la fiebre
   c) Duración de la fiebre
   d) Manifestaciones clínicas relacionadas con la fiebre
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

TEMBLOR

1. **En caso de temblor precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Tipo de temblor
   c) Manifestaciones clínicas relacionadas con el temblor.
   d) Duración del temblor
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

CIANOSIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Tipo de cianosis
   c) Duración
   d) Manifestaciones clínicas relacionadas con la cianosis.
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

EDEMA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Horario de aparición
   b) Localización

   c) Evolución del edema
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el edema.
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

PIGMENTACIÓN

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Localización
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la pigmentación.
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

PRURITOS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Localización del prurito
   c) Horario de aparición
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

ALOPECIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Extensión de la alopecia
   c) Otras manifestaciones clínicas
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

booksmedicos.org

CEFALEA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Localización
   b) Circunstancia de aparición y fecha
   c) Intensidad
   d) Duración
   e) Propagación
   f) Carácter
   g) Pródomo
   h) Atenuantes
   i) Agravantes
   j) Concomitantes
   k) Diagnóstico y tratamiento
   l) Evolución

SÍNCOPE

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Duración
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el síncope.
   d) Complicaciones sufridas
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

MAREOS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Duración
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el mareo.
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

booksmedicos.org

AMAUROSIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Afectación mono y biocular
   c) Duración
   d) Otras manifestaciones clínicas
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución.

TRASTORNOS DE REFRACCIÓN DE LA VISION

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Tipo de trastorno
   b) Corrección con anteojos
   c) Evolución

DIPLOPIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Duración
   c) Tipo de diplopía
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la diplopia
   e) Diagnóstico y tratamiento

EPÍFORA O LAGRIMEO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la epifora o lagrimeo
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

FOTOFOBIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Duración
   c) Otras manifestaciones clínicas
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

OTALGIA Y OTITIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancias de aparición
   c) Otorrea y características
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

VÉRTIGOS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Relación del vértigo con los movimientos y tipos de vértigos.
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el vértigo
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

EPÍSTAXIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Magnitud de la epistaxis

   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la epistaxis
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

OBSTRUCCIÓN NASAL

1. **En caso de positividad, precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Periodicidad
   c) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la obstrucción nasal.
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

DIENTES

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Tipo de alteraciones
   b) Manifestaciones semiológicas
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

HALITOSIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Circunstancia de aparición
   b) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Halitosis
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

booksmedicos.org

DISFAGIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Relación con tipos de alimentos
   c) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Disfagia
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

SINUSITIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones semiológicas
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

RONQUERA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Duración de la ronquera
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones semiológicas
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

DISNEA RESPIRATORIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Relación de la disnea con esfuerzo, reposo y decúbito.
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la disnea.

   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

DOLOR PLEURÍTICO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Relación con tos y respiración
   d) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con el dolor pleurítico
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

EXPECTORACIÓN Y ESPUTO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Tipo de expectoración
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la expectoración
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

HEMOPTISIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Cantidad y frecuencia de la Hemoptisis
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Hemoptisis
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

booksmedicos.org

TOS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Tipo de tos
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la tos
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

DISNEA CARDÍACA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Tipo de disnea
   d) Concomitantes de la disnea
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

DOLOR TORÁCICO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Localización
   b) Circunstancia de aparición y fecha
   c) Intensidad
   d) Duración
   e) Propagación
   f) Carácter
   g) Periodicidad
   h) Atenuantes
   i) Agravantes
   j) Concomitantes
   k) Diagnóstico y tratamiento
   l) Evolución

PALPITACIONES

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Duración
   d) Tipo de palpitación
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la palpitación
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g) Evolución

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Distancia recorrida antes de la aparición
   d) Características del dolor
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la claudicación intermitente
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g) Evolución

EDEMA CARDÍACO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha y hora de aparición
   b) Localización
   c) Circunstancia de aparición
   d) Extensión del edema y simetría
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el edema
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g Evolución

booksmedicos.org

DOLOR ABDOMINAL

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Relación con la alimentación
   d) Características del dolor
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el dolor
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g) Evolución

APETITO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la alteración del apetito
   d) Evolución

AEROFAGIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con Aerofagia
   d) Evolución

HIPO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Duración

   d) Otras manifestaciones relacionadas con el hipo
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

ERUCTO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Relación con tipos de alimentación
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con eructos
   e) Tratamiento
   f Evolución

REGURGITACIÓN

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Relación con tipos de alimentación
   d) Tratamiento
   e) Evolución

PIROSIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la pirosis
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

booksmedicos.org

NAUSEAS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancias de aparición
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

VÓMITOS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Tipo de vómito
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el vómito
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

HECES

1) Precisar cantidad y número de evacuaciones
2) Consistencia de la evacuación
3) Forma de la evacuación
4) Color de la evacuación
5) Olor de la evacuación
6) Expulsión de parásitos
7) En caso de alteración precisar:
   a) Tipo de alteración
   b) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la alteración de las heces
8) Diagnóstico y tratamiento
9) Evolución

booksmedicos.org

CONSTIPACIÓN

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la Constipación
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

DIARREA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Circunstancia de aparición
   c) Número de deposiciones
   d) Características de las deposiciones
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g) Evolución

DISENTERÍA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Número de deposiciones
   c) Características de las deposiciones
   d) Presencia de moco y/o sangre
   e) Otras manifestaciones clínicas relacionadas
   f) Diagnóstico y tratamiento
   g) Evolución

DOLOR GÉNITO-URINARIO

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Características semiológicas del dolor
   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con el dolor genito-urinario
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

ENURESIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

HEMATURIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Duración
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la Hematuria
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

INCONTINENCIA URINARIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición

   c) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con la incontinencia urinaria
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

MICCIONES

1. **Precisar lo siguiente:**
   a) Número de micciones
   b) Volumen de la orina
   c) Características de la orina: olor y turbidez
   d) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con las alteraciones de la orina
   e) Diagnóstico y tratamiento en caso de alteración
   f) Evolución

MENSTRUACIONES

1. **En caso de un paciente de sexo femenino precisar:**
   a) Fecha de menarquía
   b) Cambios relacionados con la menarquía
   c) Duración de la menstruación
   d) Alteraciones de la duración de la menstruación en cantidad y periodicidad. . . . . .

   En caso de menalgia precisar:
   e) Duración
   f) Características del dolor

   En presencia de alteraciones menstruales precisar:
   g) Fecha
   h) Otras manifestaciones clínicas relacionadas con los cambios menstruales
   i) Diagnóstico y tratamiento

booksmedicos.org

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Manifestaciones clínicas asociadas a la menopausia
   c) Tratamiento
   d) Evolución

FRIGIDEZ

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones relacionadas con la frigidez
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

DISPAREUNIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Dispareunia
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

ANEMIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Anemia

   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

AGRANULOCITOSIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de aparición
   b) Circunstancia de aparición
   c) Otras manifestaciones semiológicas relacionadas con la Agranulocitosis
   d) Diagnóstico y tratamiento
   e) Evolución

PURPURA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha
   b) Manifestaciones semiológicas
   c) Circunstancia de aparición
   d) Otras manifestaciones relacionadas con Púrpura
   e) Diagnóstico y tratamiento
   f) Evolución

EPILEPSIA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Tipo de convulsiones
   c) Duración
   d) Relajación de esfínteres
   e) Tratamiento recibido
   f) Evolución

booksmedicos.org

MARCHA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Tipo de marcha
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

COMA

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha y duración del coma
   b) Circunstancia de aparición
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

PARESIA Y PARALISIS

1. **En caso de positividad precisar:**
   a) Fecha de comienzo
   b) Tiempo de paresia o parálisis
   c) Diagnóstico y tratamiento
   d) Evolución

PERSONALIDAD

a) Precisar tipo de personalidad
b) Efecto de su personalidad con el medio ambiente
c) Tratamiento recibido
d) Evolución

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alberto F. J. Cormillot. Obesidad, 1977, pp. 32 – 107.

2. Edigio S. Mazzei, Ciril Rozman y col. Semiotécnica y Fisiopatología, Buenos Aires, 1977.
   a) Cianosis, pp. 86 – 106.
   b) Color pp. 87 – 93.
   c) Prurito, pp. 593 – 597.
   d) Obstrucción nasal, pp. 122.

3. De Weese Saunder. Tratado de Otorrinolaringología, primera edición, Editorial Interamericana, 1963.
   a) Vértigo, pp. 378 – 393.
   b) Otitis, pp. 305 – 343.
   c) Sinusitis, pp. 214 – 226.
   d) Epistaxis, pp. 183 – 191.

4. De William de Muer. Técnica el examen neurológico, 1976, pp. 65 – 67.

5. Antonio Sanabria y col. Clínica semiológica y Propedéutica. Tomo II, Imprenta Universitaria, Caracas, 1974.
   a) Tos, pp. 51 – 57.
   b) Expectoración, pp. 57 – 63.
   c) Hemoptisis, pp. 58 – 63.
   d) Dolor torácico, pp. 63 -69.
   e) Vómica, pp. 69 – 70.
   f) Cianosis, pp. 71 – 75.
   g) Disnea, pp. 43 – 51.

6. Antonio Sanabria y col. Clínica Semiológica y Propedéutica. Tomo I, Imprenta Universitaria, Caracas, 1973.
   a) Disnea, pp. 89.
   b) Síncope, pp. 89.
   c) Edema, pp. 91.

booksmedicos.org

d) Dolor Torácico, pp. 84 – 88.
e) Palpitaciones, pp. 88 – 89.
f) Pericarditis, pp. 304 – 308.
g) Hemiplejia, pp. 432 – 445.
h) Marchas, pp. 445 – 477.
i) Coma, pp. 562 – 578.

7. Antonio Sanabria y col. Clínica Semiológica y Propedéutica, Tomo IV, Imprenta Universitaria, Caracas, 1978.

a) Dolor abdominal, pp. 23 – 33.
b) Disfagia, pp. 33 – 37.
c) Aerofagia, pp. 37 – 38.
d) Eructo, pp. 38 – 39.
e) Hipo, pp. 39 – 40.
f) Náuseas y vómitos, pp. 40.
g) Hematemesis y melena, pp. 47 – 52.
h) Pirosis, pp. 52 – 53.
i) Apetito, pp. 54 – 56.
j) Halitosis, pp. 57 – 59.
k) Estreñimiento, pp. 59 – 61.
l) Diarrea, pp. 63 – 72.
m) Disentería, pp. 72 – 76.

8. Antonio Sanabria y col. Clínica Semiológica y Propedéutica, Tomo III, Imprenta Universitaria, Caracas, 1976.

a) Dolor urinario, pp. 243 – 245.
b) Poliuria y oliguria, pp. 206 – 215.
c) Hematuria, pp. 215 – 222.
d) Anemias, pp. 57 – 63.
e) Agranulocitosis, pp. 83 – 94.
f) Púrpura, pp. 128 – 133.
g) Trastornos de la coagulación, pp. 154 – 169.

9. Dr. J.A. Vallejo Nagera, Introducción a la Psiquiatría, 7ª. Edición, 1974.

Personalidad, pp. 185 – 267.

10. Rodolfo Q. Pasqualini, Endocrinología 5ª edición, Tomo II, Editorial Científico Médica, Madrid, 1973.

a) Pubertad y Menarquia, pp. 964 – 971.
b) Menstruación, pp. 1010 – 1014.
c) Climaterio, pp. 1076 – 1082.
d) Alteraciones menstruales, pp. 1016 – 1017.

11. Best y Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. 10ª edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1982.

12. Smith Thier. Fisiopatología, Principios Biológicos de la Enfermedad; volumen I, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983.

13. Bergel P. Y García R (1995) Metodología del Diagnóstico. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

14. Biswas S.V. (1998). Lo esencial en el Sistema Músculo Esquelético. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

15. Borges Julio. I. (1998). Semiología Neurológica. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

16. Brandi Pifano B. Almeida Feo D. (1989). Semiología Cardiovascular. Editorial Acta Científica 2da Edición. Caracas, Venezuela.

17. Cheshire E. (1998). Lo esencial en el Aparato Digestivo. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

18. Debuse M. (1998). Lo esencial en el Sistema Endocrino y Aparato Reproductor. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

19. Durand M. y Papa R. (1998). Los Grandes Síndromes. 3 edición, Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

20. Guida, F. (1999). Metodología Clínica y Semiológica. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Caracas, Venezuela.

booksmedicos.org

21. Hardmann, Joel G. (1999). Las bases farmacológicas de la terapeútica. 9na Edición. Mc Graw-Hill Interamericana.

22. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. I, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España. a) Cólera, pp. 1101-1106.; b) Virus de Herpes Simple, pp. 1237-1243.; c) Infecciones por Virus del Papiloma Humano, pp. 1258-1260.; d) Fiebre hemorrágica del Dengue / Síndrome del Shock del Dengue, pp. 1308c, 1311.; Infección Pneunocystis Carinii, pp. 1330-1377.; f) Infección por Toxoplasma, pp. 1371-1377.

23. Harrison y col. (1998). Principios de Medicina Interna Vol. II, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 14a edición. Madrid, España. a) Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana: SIDA y Procesos Relacionados. pp. 2034-2107. b) Síndrome de las Vasculitis. pp. 2171-2184.

24. Lasserson D. (1998). Lo Esencial en Sistema Nervioso y Sentidos Especiales. Cursos Crash de Mosby. Vesión en español de la edición. Madrid, España.

25. León U.M.A. (1996). Manual para el Examen Físico del Normal y Métodos de Exploración. Elementos necesarios para la Semiología. 2da Edición. CIB, Medellin, Colombia.

26. Mac Bryde-Blacklow (1989) Signos y Sintomas. 6ta Edición. Mc Graw-Hill Interamericana México.

27. Pérez Requejo J.L. (1995). Nematología. 3a Edición. Editorial Disinlimed. Caracas, Venezuela.

28. Rakel, Robert, E. (1999). Compendio de práctica médica en atención. 2a Edición. Mc Graw-Hill Interamericana.

29. Sanabria Antonio y Col. (1973). Clínica Semiológica y Propedéutica. Tomo I. Imprenta Universitaria, Caracas.

30. Sanabria Antonio y Col. (1974). Clínica Semiológica y Propedéutica. Tomo II. Imprenta Universitaria, Caracas.

31. Sanabria Antonio y Col. (1976). Clínica Semiológica y Propedéutica. Tomo III. Imprenta Universitaria, Caracas.

booksmedicos.org

32. Sanabria Antonio y Col. (1978). Clínica Semiológica y Propedéutica. Tomo IV. Imprenta Universitaria, Caracas.

33. Seidel, H.M. (1990). El Examen Físico. 1a Edción. Editorial Médica Panamericana S.A. M.T. Alvárez 2143 Buenos Aires.

34. Seidel, H.M. (1998). Exploración Física. 3a. Edición. Editorial Casanova. 191, 3° 1A08D36 Barcelona.

35. Teixidor J.R. (1997). Medicina Interna. Impresión EDIM, S.C.L. Badajoz España.

36. Durand, Mario y col. Grandes problemas en medicina del adulto. Fondo Editorial Facultad de Medicina UCV. Caracas, 2005.

37. José Luis Rodriguez Garcia, Diagnostico y Tratamientomédico. Tomo I. Marban Libros S.L. Madrid, España. 2008.

38. Ricardo Cediel Algel, Claudia Cifuente Aya. Agilización de la Anamnesis. Editorial Médica Celsu. Colombia, 2007.

39. Lawrence M. Tierney Jr. Mark C. Henderson, Historia Clínica del Paciente. Mc Graw-Hill Interamericana México, 2007.

Dr. Rodolfo Papa. Médico Internista Hospital Universitario de Caracas (UCV). Profesor Titular Escuela de Medicina Luis Razetti (UCV). Ex-Decano Facultad de Medicina UCV.

Dr. Mario Durand Parodi. Médico Gastroenterólogo Hospital Universitario de Caracas (UCV). Profesor Titular Escuela de Medicina Luis Razetti (UCV). Ex-Jefe Cátedra de Clínica Médica y Terapeutica B Escuela de Medicina Luis Razetti (UCV).

Dr. Marino Di Gregorio R. Médico Internista Hospital Vargas de Caracas (UCV). Médico Cardiólogo Hammersmith Londres (LU). Jefe del Servicio Medicina 1 Hospital Vargas de Caracas. Profesor Agregado Escuela de Medicina José María Vargas (UCV).

booksmedicos.org

EDITORIAL DISINLIMED

Apartado postal: 47237 Caracas 1040
VENEZUELA
Telf: (0212) 693.1003 - 661.3280
Fax: (0212) 693.1147 - 693.3789
E-mail: caracasmed@yahoo.es
Diseño de portada: Charo Fuentes M.

ISBN: 978-980-7174-01-5

booksmedicos.org